

Амб. Карта №

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О пациента или законного представителя несовершеннолетнего/недееспособного пациента) (дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О представляемого несовершеннолетнего/недееспособного пациента) (дата рождения)  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

В соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств, проводимых в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России:

• Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр врача, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
• Антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
• Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), рентгенография; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
• Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
• Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; медицинский массаж, лечебная физкультура; физиотерапевтические процедуры; иглорефлексотерапия, наложение повязок различного рода.

Также я даю свое согласие на выполнение иных видов медицинских вмешательств, необходимых для оказания мне (представляемому мной несовершеннолетнему/недееспособному гражданину) качественной и своевременной медицинской помощи, строго при наличии медицинских показаний к их выполнению \_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанных с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446), а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью (или здоровью представляемого мной несовершеннолетнего/недееспособного гражданина), я даю согласие на изменение характера, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приняты все необходимые меры для моего излечения (или излечения представляемого мной несовершеннолетнего/недееспособного гражданина), но никаких гарантий относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;

Я знаю, что в моих интересах необходимо сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня (или у представляемого мной несовершеннолетнего/недееспособного гражданина) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам и токсическим средствам.

Я осведомлен(а), что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию/возникновению местных и/или общих осложнений.

Подписывая настоящий документ, я удостоверяю, что текст Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств при первичном обращении в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья (или здоровья представляемого мной несовершеннолетнего/недееспособного гражданина):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента или законного представителя)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись медицинского работника)

### Дополнительная информация для пациента

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласно статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, указанных ниже.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ: при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно: в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссаров, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба: в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания; при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных; в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования; в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Ознакомлен:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Дата \_\_\_\_\_