

Центр семейной медицины ООО «Медицина 21»
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение)

Я (фамилия, имя, отчество - полностью)

✓ _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: ✓

поставлен(поставлена) в известность, что я нахожусь на лечении(обследовании) в Центре семейной медицины.

-Я поставлен (а) в известность, что цель лечения, вмешательства - получение наиболее благоприятного результата течения заболевания из тех, которые возможны при моем состоянии здоровья. Мне разъяснены основные этапы лечения.

-Я понял (а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен (согласна) на проведение обследования, лечения в предложенном объеме.

-Мне известно, что сам по себе факт выполнения процедур не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме вмешательства, потребуются длительное лечение.

-Мне известно, что полной гарантии ожидаемых мной положительных результатов, как вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может. Я осознаю, что любое вмешательство связано с риском для здоровья.

-Понимаю, что во время лечения или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные последствия, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью, значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное лечение, диагностика, изменятся общие сроки лечения.

-При вмешательстве не исключены болевые ощущения во время и после некоторых манипуляций.

-До моего сведения доведено и я знаю, что планируемое лечение может быть связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней является абсолютной.

-Мне понятно, что длительное откладывание или отказ от вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустраняемым нарушениям в организме, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

-Мне известно, что при несоблюдении мной лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения.

- Мне, согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____ г. Подпись пациента ✓ _____

Расписался в моём присутствии: Врач: _____

(должность И.О Фамилия)