

ГБУЗ ЯО «ОДКБ»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт гражданина или законного
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

представителя: серия _____ номер _____ когда и кем выдан _____
_____ контактный телефон _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
поставлен (поставлена) в известность, что я госпитализирован (госпитализирована) в отделение

_____ (указать название отделения)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача: диагностических исследований, включая лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, проведение ультразвуковых исследований;

лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, физиотерапевтических процедур.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

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

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать; Я предупрежден(а), что за грубое нарушение режима могу быть досрочно выписан(а) из лечебно-профилактического учреждения.

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

Я проинформирован (а) и _____ даю согласие на участие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне медицинской помощи/
Я **СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН** (подчеркнуть) получать информацию о своем заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка в отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, принимает решение об оказании ребенку следующего вида медицинской помощи: _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон, дата)

Расписался в моем присутствии:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, дата)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ года
(дата оформления)

Эпидемиологический опросник

1. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19?	☐ Нет ☐ Да
2. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19 или такой диагноз подозревается?	☐ Нет ☐ Да
3. Приходилось ли Вам обращаться за любой медицинской помощью в течение последние 14 дней? Если Да, то куда _____	☐ Нет ☐ Да
4. Работаете ли Вы или ваши близкие родственники, с которыми вы проживаете совместно, с подтвержденными или подозрительными случаями по COVID-19?	☐ Нет ☐ Да
5. Был ли у Вас тесный контакт с лицом, у которого подтверждена пневмония, дыхательная недостаточность, сепсис, выявлена пневмония с характерными проявлениями 8 легких по данным компьютерной томографии и/или рентгенографии вне зависимости от эпидемиологического анамнеза?	☐ Нет ☐ Да

6. Отмечали ли Вы за последние 14 дней симптомы ОРВИ у себя лично?

<i>Повышение температуры тела выше 37,5 °C</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Отдышка</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Боль или першение в горле</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Кашель</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Ощущение заложенности в грудной клетке</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Боли в мышцах</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Снижение обоняния и вкуса</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Насморк</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Конъюнктивит</i>	☐ Нет ☐ Да		

7. Имеются ли описанные ниже симптомы ОРВИ за последние 14 дней у лиц, с которыми Вы находитесь в тесном контакте (проживаете совместно)

<i>Повышение температуры тела выше 37,5 °C</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Отдышка</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Боль или першение в горле</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Кашель</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Ощущение заложенности в грудной клетке</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Боли в мышцах</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Снижение обоняния и вкуса</i>	☐ Нет ☐ Да	<i>Насморк</i>	☐ Нет ☐ Да
<i>Конъюнктивит</i>	☐ Нет ☐ Да		

☐ Я информирован(а) о коронавирусной инфекции COVID-19, знаю пути распространения вируса, знаю меры и способы профилактики заражения, знаю основные симптомы заболевания.

☐ Я заполнил(а) данную анкету лично и без принуждения

☐ Я подтверждаю, что предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен(а) что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по ст. 19.7 КОАП РФ.

☐ Я предупрежден(а) о том, что за умышленное заражение инфекцией меня могут привлечь к уголовной ответственности по ст. 236 УК РФ.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /