****

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (общее)**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,*    Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент) |

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получила от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других медицинских организациях Свердловской области.
2. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере протекания беременности и ее возможных осложнениях.
3. Я ознакомлена с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Медицинском центре, и обязуюсь их соблюдать.
4. Я добровольно **даю своё согласие** на проведение в соответствии с назначениями врача необходимых исследований и лечебных мероприятий:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Подпись пациента |
| Лабораторных методов исследования (в том числе, общеклинических анализов) |  |
| Методов функциональной диагностики (в том числе, мониторинга сердцебиения плода и тонуса матки, УЗИ) |  |
| Магнитно-резонансной томографии |  |
| Рентгеновских методов исследования |  |
| Эндоскопических методов исследования |  |
| Инвазивных процедур (в том числе, установка периферического венозного доступа, влагалищные исследования, удаление мочи с помощью катетера по показаниям) |  |
| Медикаментозных лечебных мероприятий |  |
| Внутримышечных, внутривенных лечебных мероприятий |  |
| Физиотерапевтических лечебных мероприятий |  |

При несогласии с пунктами, приведенными выше, оформляется информированный отказ.

1. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
2. Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.
3. Я извещена в том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие и методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.
4. Я предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс течения беременности и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка.
5. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
6. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме, исключая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
7. Решение о проведении мне (моему представляемому) медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли.
8. О состоянии моего здоровья разрешаю сообщать:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Законный представитель несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  | Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |