

ООО «А-МЦ «УльтраМед» руководствуется:

- Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Приказ МЗ РФ от 23 апреля 2012г. № 390 «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первой медико – санитарной помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства»

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, _____
(Ф.И.О. Пациента полностью)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____
_____, выдан: _____
проживающий по адресу: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или _____ лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Даю информированное добровольное согласие при обращении за предоставлением первичной медико – санитарной помощи в
ООО «А-МЦ «УльтраМед»:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- 8.1 Добровольно прошу специалиста центра принять на исследование мой биологический материал: мочекота, моча, кал, слюна, пот, эякулят, отделяемое половых органов, кровь, отделяемое молочных желез, мазки со слизистой оболочки носа и зева, хорион, биоптаты печени, почек, селезенки, костного мозга, а также содержимое кист, опухолей, желёз, экссудаты и транссудаты, спинномозговую жидкость, содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки, жёлчь, бронхиальное содержимое**
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
- Забора крови. Я предупрежден (а), что в случае неполучения результата мне может потребоваться повторный забор крови.
- Я информирован (а) о диагностических возможностях: эндоскопических исследований, функциональной диагностики, в том числе о том, что при высокой информативности исследования они не позволяют в 100% случаев выявить врожденных пороков и патологию исследуемых органов.**
- Я информирован (а), о том, что цель проводимого метода лечения, который планируется осуществляться, является наиболее благоприятным результатом лечения, из всех возможных иных методов лечения.**
- Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи**
- Мне предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей процедуры.**
- 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.**
- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".**
- Я принимаю решение приступить к лечению и /или к выполнению медицинских процедур на предложенных условиях.**
- Я уведомлен, что 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. N 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:**

(подпись)

(Ф.И.О. (при наличии), гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. (при наличии), контактный телефон Пациента/ законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского персонала)

дата « ____ » _____ 20__ г.