

**ООО «Семейная Практика»**  
**Добровольное информированное согласие пациента**  
**на обследование и лечение**

Я, нижеподписавшийся (аяся), \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента, законного представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

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

**граждан:** Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

**-о необходимости проведения в отношении меня следующих медицинских услуг:**

- осмотр психиатра ДА/НЕТ
- психотерапевта ДА/НЕТ
- психолога ДА/НЕТ
- психиатра-нарколога ДА/НЕТ
- терапевта ДА/НЕТ
- невролога ДА/НЕТ
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общие клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т. д.) ДА/НЕТ  
кроме \_\_\_\_\_
- анализ крови на ВИЧ ДА/НЕТ
- анализ крови на сифилис ДА/НЕТ
- анализ крови на гепатиты В и С ДА/НЕТ
- алкометрию ДА/НЕТ
- УЗИ ДА/НЕТ
- рентгенография, рентгеноскопия ДА/НЕТ
- инвазивные диагностические манипуляции (плевральные, лом бальные и др. пункции и т. д.) ДА/НЕТ
- проведение электрокардиографии, электро- и эхоэнцефалогии и др. ДА/НЕТ

- о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах платных медицинских услуг;

- о наличии показаний к проведению мне (представляемому) указанных выше платных медицинских услуг;

- о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого) до, во время и после предоставления платных медицинских услуг;

- об этапах лечения и о возникновении необходимости проведения дополнительных платных медицинских услуг на том или ином этапе лечения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть проводимых платных медицинских услуг,

добровольно в соответствии со статей 20 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ

**- даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в случае необходимости, следующих лечебных процедур и манипуляций:**

- пероральный прием лекарственных препаратов ДА/НЕТ
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т. д.) ДА/НЕТ
- зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т. д. ДА/НЕТ
- наложение повязок различного рода ДА/НЕТ
- постановку мочевого катетера ДА/НЕТ

- постановку центрального или периферического венозного катетера ДА/НЕТ
  - проведение:
    - эмоционально-стрессовой психотерапии ДА/НЕТ
    - суггестии на фоне электротранквилизации ДА/НЕТ
    - личностноориентированной, психодинамической, когнитивно-поведенческой гештальт психотерапии, гипносуггестивной психотерапии, семейной психотерапии ДА/НЕТ
  - психофармакотерапии ДА/НЕТ
  - имплантацию дисульфирама ДА/НЕТ
  - электросудорожной терапии ДА/НЕТ
- Я даю добровольное согласие на проведение в экстренном случае интубацию трахеи

На проведение мне (представляемому) вышеуказанных платных медицинских услуг уполномочиваю \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника)

Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции \_\_\_\_\_

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом, а также на транспортировку меня в любое учреждение для оказания медицинской помощи (в том числе посредством муниципальной либо частной службы скорой медицинской помощи).

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, возможные осложнения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения,

Я предупрежден о том, что алкоголизм/наркомания является тяжелым хроническим заболеванием, при котором поражаются практически все органы и системы организма и даже на фоне лечения могут развиваться серьезные осложнения (токсический гепатит, цирроз печени, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, токсическая миокардиодистрофия, инфаркты, инсульты, гипертонический криз, нарушения сердечного ритма, острая сердечнососудистая недостаточность, пневмония, сепсис, внутренние кровотечения, аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок); психотические расстройства: делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания, галлюциноз, бредовые расстройства, острые и хронические энцефалопатии (энцефалопатия Гайя-Вернике, Корсаковский психоз, аффективные расстройства).

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования и лечения мною осознан.

Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркологическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, досрочное прекращение лечения, несоблюдение указаний (рекомендация) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Подпись пациента \_\_\_\_\_