



Приложение 4
утверждено приказом
главного врача ГKB №67
от « 29 » сентября 2020 г. № 511-П

ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
(адрес места жительства пациента)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____,
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____,
(адрес места жительства законного представителя пациента)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____,
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (указывается нужное)
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (указывается нужное)
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,
_____ подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства(я) (далее – Согласие):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства
1.	Опрос, сбор анамнеза.
2.	Осмотр, пальпация, аускультация, вагинальное исследование.
3.	Антропометрическое исследования
4.	Термометрия
5.	Тонометрия
6.	Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7.	Функциональные методы обследования, в том числе суточное мониторирование артериального давления, электрокардиография, кардиотокография (для беременных)
8.	Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования
9.	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно,

	внутрикожно
10.	Амниотомию(вскрытие плодного пузыря)
11.	Интрацервикальное введение катетера Фолея
12.	Амниоскопию
13.	Операцию Кесарево сечение
14.	Установку периферического катетера
15.	

для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь _____ в стационарных условиях:

_____ (полное официальное наименование медицинской организации)

Врачом _____

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача)

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, указанных в настоящем Соглашении, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона _____ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана в моих интересах (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь) информация _____ о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, включая медицинскую документацию, в том числе после смерти пациента:

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина; контактный телефон)

Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, а также получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы _____ (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

_____ (подпись пациента или законного представителя пациента)

_____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

_____ (подпись врача)

_____ (Ф.И.О. врача)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)