

Информированное согласие на добровольное медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Проживающий по адресу: _____

Паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

подтверждаю, что в медицинской справке указаны **ВСЕ** заболевания, перенесенные мной, а также хронические заболевания и аллергии.

Я обязуюсь предоставить необходимые данные об ограничениях, в том числе о состоянии здоровья, питании, о необходимости ограничить физические и иные нагрузки, а также иные данные, которые могут повлиять на мое участие в программе и должны быть известны сопровождающим и иным лицам, задействованным в программе. Я даю согласие на представление уполномоченным сотрудником ГБОУ РИЛИИ моих интересов в медицинских учреждениях с правом получения медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Я даю информированное добровольное согласие, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», на медицинское вмешательство медицинским работникам на проведение при необходимости медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.11.2012 г. № 390н, а также на проведение в случае необходимости таких видов вмешательств, как:

- Анестезиологическое пособие.
- Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
- Закрытая репозиция при переломах.
- Промывание желудка.
- Очистительная и лечебная клизма.
- Обработка ран и наложение повязок, швов.
- Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
- Оказание гинекологической и урологической помощи.
- Оказание психиатрической помощи.
- Госпитализация детей по медицинским показаниям в медицинские учреждения.
- Тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, методом ИФА (анализ крови на иммуноглобулин класса М).

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

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, включенных в Перечень, а также указанных в настоящем согласии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, согласно Федерального закона № 152–ФЗ «О персональных данных», в соответствии с перечнем персональных данных, указанных в настоящем согласии.

(дата)

(подпись / расшифровка)