**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |
| « |  | | » |  | | |  |  | | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | | | | | |
| в отношении | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | | | | | |
| « |  | | » |  | | | | |  |  | | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): 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 зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, аудиологическое обследование; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; забор биопсийного материала для гистологического исследования; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), рентгенография, МРТ, КТ исследования (в том числе с контрастированием), маммография; ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; эндоскопические исследования; анестезиологическое обеспечение при медицинском вмешательстве; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; на применение терапии препаратом «вне инструкции» (off-label **-** **применение препарата по показаниям,  не упомянутым в официальной инструкции (по показаниям, лекарственной форме,  возрастной группе, режиму дозирования или иным параметрам);** вакцинацию; медицинский массаж; лечебная физкультура; электро-физио процедуры; проведение нагрузочного теста на велоэргометре (тредмиле); иглоукалывание; лечебные и диагностические мероприятия; сестринские манипуляции; оказание экстренной и неотложной помощи; оказание медицинской помощи на приеме и на дому; диспансеризацию; профилактическую работу, посещение Школ здоровья; диспансерное наблюдение; оказание медицинской помощи в дневном стационаре и в стационаре на дому; проведение телемедицинский консультации, консультаций психолога, логопеда; формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа; обработку изображения на фото и видеозаписях; получение медицинской помощи при участии обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования при оказании медицинской помощи; направление на исследования и консультации в иные медицинские организации (при отсутствии возможности проведения в КГБУЗ «Артёмовская ГБ №1»),  для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть) в КГБУЗ «Артёмовская ГБ №1». | |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. № 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | |
| Информированное добровольное согласие дано на срок прикрепления к КГБУЗ «Артёмовская ГБ №1» или до момента его отзыва. | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | г. |
|  | (дата оформления) | | |  |