

Мед. Карта № \_\_\_\_\_

### Информированное добровольное согласие (отказ)

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г. рождения,

Ф.И.О. полностью

I. подтверждаю, что в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа МЗ РФ №390н от 23.04.2012г. согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован о вмешательствах, на которые граждане дают добровольное согласие, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлюметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Другие виды медицинского вмешательства (перечислить) \_\_\_\_\_

II. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял разъяснения врача.

III. Мне разъяснено, что в ходе проведения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость других вмешательств, лечебных мероприятий. Я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующие профессиональные решения и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для установления (уточнения) диагноза и улучшения состояния.

IV. Я удостоверяю, что текст моего «Информированного добровольного согласия (отказа)» на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня у说服ают.

« \_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_ г.

подпись пациента

ФИО пациента полностью

Настоящий документ оформлен по результатам предварительного информированного пациента о состоянии его здоровья

« \_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_ г.

подпись врача

ФИО врача

V. Добровольно, в соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ от проведения указанных медицинских вмешательств **отказываюсь**

Мне разъяснены возможные последствия отказа, а именно поздняя или неправильная диагностика, позднее или неправильное лечение, смерть, что я удостоверяю своей подписью.

« \_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_ г.

подпись пациента

ФИО пациента полностью

« \_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_ г.

подпись врача

ФИО врача полностью