

**ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА
ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ) В ТЕЧЕНИЕ
ВСЕГО ПЕРИОДА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ**

Я, (Ф.И.О. полностью) _____ или законный представитель
(заполняется собственноручно или законным представителем)
пациента (Ф.И.О. полностью) _____ (если пациент в установленном
законом порядке признан недееспособным или является несовершеннолетним лицом, не достигшим 15 лет,
или в иных случаях, установленных ФЗ-323 от 21.11.2011), находясь на обследовании и лечении в отделении
ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», в соответствии со ст. 19, 20, 22 ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ получил(а) от моего
лечащего врача полную, изложенную в доступной для моего понимания форме информацию о характере мо-
его заболевания, о целях, методах оказания медицинской помощи.

Я уполномочиваю врачей-специалистов соответствующих профилей ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» выполнять мне
манипуляцию(ии), процедуру(ы) (нужное подчеркнуть), в том числе неоднократно, в течение периода всей
госпитализации в отделении.

1. Проведение катетеризации периферической вены, в т.ч. с установкой катетера – по показаниям
2. Внутривенные, внутримышечные, подкожные, внутрисуставные инъекции – по показаниям
3. Влагалищное исследование – по показаниям
4. Установка катетера Фоллея – по показаниям
5. Установка уретрального катетера – по показаниям
6. Очистительная клизма – по показаниям
7. УЗИ плода, доплерометрия – по показаниям
8. Кардиотокография плода – по показаниям
9. УЗИ органов брюшной полости, плевральных полостей, почек, сосудов, малого таза (в том числе
внутриполостные) – по показаниям
10. ЭКГ – по показаниям
11. Суточное мониторирование глюкозы – по показаниям
12. Установка назогастрального зонда – по показаниям
13. Установка уретрального катетера – по показаниям
14. ФБС (в т.ч. с проведением лаважа трахеобронхиального дерева, забор биопсийного материала) – по
показаниям
15. ЭГДС (в т.ч. с забором биопсийного материала) – по показаниям
16. ЭХО КГ – по показаниям
17. ЭЭГ – по показаниям
18. УЗИ сосудов – по показаниям
19. СМАД (суточное мониторирование АД) – по показаниям
20. ХМ ЭКГ (холтеровское мониторирование ритма сердца) – по показаниям
21. Тредмил-тест – по показаниям
22. Велоэргометрия – по показаниям
23. Стресс-ЭХО КГ – по показаниям
24. Спирометрия – по показаниям
25. Функция внешнего дыхания – по показаниям
26. КТ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза, позвоночника, суста-
вов, пазух носа, в том числе с внутривенным контрастированием – по показаниям
27. МРТ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза, позвоночника, су-
ставов, в том числе с внутривенным контрастированием – по показаниям
28. Рентген суставов – по показаниям
29. Рентген органов грудной клетки, брюшной полости – по показаниям
30. Рентген черепа – по показаниям
31. Рентген костей скелета – по показаниям
32. Фистулография с применением контрастного препарата – по показаниям
33. М-ЭХО – по показаниям
34. Реовазография – по показаниям
35. Консультативный осмотр врачей-специалистов различных профилей – по показаниям.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции(й) (процедур(ы)). Мне разъяснено врачом и понятно, что во время указанной манипуляции(й) (процедур(ы)) или после нее (них) могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую иную процедуру или дополнительное медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Решение подвергнуться проведению лечебной(ым) (диагностической(им)) манипуляции(ям) (процедуре(ам)) является моим собственным; оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

При подписании этого документа последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), а также задал(а) все интересующие меня вопросы. Я осознаю потенциальные риски и возможные осложнения при проведении лечебной(ых) (диагностической(их)) манипуляции(ий) (процедур(ы)), а также преимущества, которые могут быть результатом ее(их) проведения.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенный документ, значение его мне понятно, информация, изложенная в документе, доведена до меня в доступной форме, полученные мной объяснения врача(ей) меня полностью удовлетворяют. Я даю свое общее добровольное информированное согласие на проведение мне указанного(ых) вида(ов) лечебной(ых) (диагностической(их)) манипуляции(ий) (процедур(ы)) на основании свободного волеизъявления, находясь в ясном сознании и памяти.

Я информирован(а) о том, что данное согласие может быть мною отозвано в любое время до начала любой лечебной (диагностической) манипуляции (процедуры).

1. Подпись пациента (или его законного представителя) «✓» _____ 20__ г.

✓

Подпись

✓

Ф.И.О.

Пациент подписался в моем присутствии: подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись

Ф.И.О.

2. Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____ (Ф.И.О., должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии: подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись

Ф.И.О.

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись

Ф.И.О.

3. Заполняется, если пациент по тяжести состояния _____ (указать, в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное информированное согласие. Решение о проведении манипуляции и/или процедуры принимается коллегиально (консилиумом) – п. 9, 10 ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.2011 г.

Подпись и Ф.И.О. врачей ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись

Ф.И.О.

Подпись

Ф.И.О.

Подпись

Ф.И.О.