

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И.Чазова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, нижеподписавшийся(аяся), **Петрович Петр Петрович**

(ФИО пациента)

(ФИО законного представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии своего здоровья, а именно:

- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;
- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента;
- о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;
- о всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения;
- о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому), указанных ниже видов и методов лечения;
- о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого) до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах, по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному ниже.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, даю свое предварительное согласие на то, что мне (представляемому) при необходимости могут быть проведены:

- осмотры: врача приемного отделения/врача ПРИТ, лечащего врача, дежурного врача, клинического ординатора и аспиранта, заведующего отделением, научного сотрудника, руководителя отдела;
- по показаниям:
- дополнительные консультации специалистов: невролога, окулиста, эндокринолога, врача-кардиолога (клинического специалиста по электрофизиологии), гинеколога, уролога, отоларинголога, стоматолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача анестезиолога-реаниматолога, психиатра;
- взятие крови из вены/пальца: на общий клинический анализ крови, биохимические исследования, определения группы крови, резус-фактора, маркеров гепатита В и С, сифилис, ВИЧ-инфекции, бактериологические исследования, клинические исследования мочи, колоночное исследование гемоглобина кала;
- постановка кубитального катетера;
- катетеризация мочевого пузыря;
- медицинские вмешательства;
- ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД;
- ультразвуковые исследования сердца и сосудов, внутренних органов;
- лучевые методы диагностики, в том числе томографические, без введения и с введением контрастных препаратов.

Я понимаю необходимость проведения вышеуказанных медицинских вмешательств и предупрежден(а) о возможных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая независимые от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).

Добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) медицинских вмешательств, указанных выше.

Мне разъяснено, что в случаях, если мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в моих интересах (интересах представляемого) решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И.Чазова" Министерства здравоохранения Российской Федерации и законных их представителей.

Я осознаю, что проводимое мне лечение (лечение представляемому), в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья (состоянием здоровья представляемого), в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Мне даны рекомендации относительно необходимости прекращения курения табака, вне зависимости от поставленного мне диагноза, вида и способов оказания мне медицинской помощи.

Против записи медицинского вмешательства на информационном носителе и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны:

**не возражаю.**

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Сведения о выбранных мною/законным представителем лицах, которым согласно п.5 ч.3 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / **Петрович Петр Петрович**

Подпись пациента  
(законного представителя)

Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен мной по результатам ознакомления пациента (законного представителя) с информированным согласием на медицинские вмешательства.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись врача ПО/ПРИТ Расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись лечащего врача Расшифровка подписи

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется законным представителем или тремя подписями медицинских сотрудников организации:

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись законного представителя Расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись мед. сотрудника Расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись мед. сотрудника Расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись мед. сотрудника Расшифровка подписи