# **ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс»**

ОГРН **1215200006460**

*Юр. Адрес : 603162,  Нижегородская область,  город Нижний Новгород, улица Мечтателей, дом 4, П1.*

*Тел. 8(831)262-10-10.*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , «\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан :**  Я, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь  Законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О ребенка полностью, год рождения) |

**1 . Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, применяемые в отношении меня/лица, которого я представляю в ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс»** по адресу, который указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, для женщин: вагинальное исследование ( вульвоскопия, кольпоскопия, забор мазков и соскобов), мазок из соска молочной железы; для мужчин: обследование наружных половых органов и забор мазков; ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; биоимпедансная спектроскопия; урофлоуметрия; фототрихограмма; неинвазивные исследование органов зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; люминисцентная диагностика; неинвазивное колонопроктологическое исследование: аноскопия, ректороманоскопия; склеротерапия геморроидальных узлов; лигирование геморроидальных узлов; удаление инородного тела прямой кишки без разреза; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); забор крови; лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические иммунологические ( в т.ч. тест на Хеликобактер пилори); функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, регистрация электрокардиограммы, холтеровское мониторирование сердечного ритма, расшифровка, описание и интерпритация электрокардиографических данных, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, электрокардиография с физической нагрузкой; эхокардиография, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, электромиография, кардиотокография (для беременных); все виды эндоскопических исследований ( ФГДС, ректороманоскопия, цистоскопия и др.), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультрозвуковые исследования, доплерографические исследования; пероральный прием лекарственных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутривенные вливания, ингаляции, внутриматочно, парацервикеально, и т.д.; физиотерапевтические процедуры, остеопатическое лечение, медицинский массаж; аллергологические пробы ( кожные пробы на аллергены); регуляция лактации; лечебная физкультура, зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д., наложение повязок различного рода, проведение профилактических прививок и специфической иммунотерапии.

**2 .** Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских вмешательств, их характер, связанный с ними риск, неблагоприятные эффекты диагностических и лечебных процедур, возможные варианты медицинских вмешательств, процесс их оказания ( что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия моего (представляемого лица).

**3 .** Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, обследование и лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза и назначения правильного лечения.

**4 .** Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

**5 .** Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, указаний, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить процесс лечения или отрицательно сказаться на моем/представляемого лица состоянии здоровья. Я признаю, что несу ответственность за результаты лечения в случае отклонений от соблюдения предписаний медицинского работника.

**6 .** *Настоящим я подтверждаю, что сообщил (а) точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим /представляемого здоровьем, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, соматических патологиях, в том числе о любых формах аллергических проявлений и реакций, в том числе о индивидуальной непереносимости лекарственных средств и лекарственных препаратов, медицинских изделий, сведения о лекарственных средствах и лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, обо всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня на меня/лица, представителем которого я являюсь во время жизнедеятельности, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.*

**Дата, Ф.И.О ,подпись ,расшифровка пациента/законного представителя**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Я согласен (на) на осмотр, проведение обследования и лечение, в том числе с применением лекарственных средств и лекарственных препаратов медицинскими работниками ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс».**

**Я проинформирован (а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов (а) и обязуюсь их оплатить.**

**Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня и получил (а) на них удовлетворительные ответы. Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в данной медицинской организации.**

**Настоящее согласие дано мной добровольно на весь срок действия Договора оказания поликлинических услуг.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Ф.И.О, подпись пациента/законного представителя** | **Ф.И.О, должность, подпись работника** |
|  |  | **Зимина О.П /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.**