



Общество с ограниченной ответственностью «ВАРИКОЗА НЕТ»

Юр.адрес Российская Федерация, 644070, г. Омск, ул. Иркутская, 68/1
Почтовый адрес: 344082, Обособленное подразделение №5, г. Ростов-на-Дону,
Халтуринский пер., 63
р/с 40702810531000033523 в Омском отделение №8634 ПАО Сбербанк
к/с 30101810800000000627
БИК 040407627

Директор Обособленного подразделения № 5 г. Ростов-на-Дону — Пристенская Виктория Руслановна

01.01.2025 г.

г. Ростов-на-Дону

ПРИКАЗ № ____

«Об утверждении единых форм информационного добровольного согласия пациента»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. «323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить образец формы информированного добровольного согласия на выполнение диагностических исследований, лечебных мероприятий согласно **Приложению №1.**
2. Утвердить образец формы информированного добровольного согласия на проведение комбинированного лечения варикозной болезни, включая эндовенозную лазерную коагуляцию согласно **Приложению №2.**
3. Утвердить образец формы информированного добровольного согласия на проведение курсовой склеротерапии (склерооблитерации, флебосклерозирования) согласно **Приложению №3.**
4. Утвердить образец формы информированного добровольного согласия на проведение однократной процедуры склеротерапии (склерооблитерации, флебосклерозирования) согласно **Приложению №4.**
5. Утвердить образец формы отказа от медицинского вмешательства согласно **Приложению №5.**
6. Утвердить образец формы информированного добровольного согласия на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию согласно **Приложению №6.**
7. Назначить ответственным за организацию работы по внедрению и ведению форм информированного добровольного согласия пациента административный отдел клиники.
8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор



В.Р. Пристенская

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

1. Я, _____ (ФИО гражданина)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств:

Диагностические: Диагностические: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (истории) заболевания и анамнеза (истории) жизни; осмотр, включая пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропometriю (измерение веса, роста, окружности головы, груди, талии), термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение артериального давления), Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы, Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, лабораторные методы исследования (в том числе клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические (бактериологические, микологические), вирусологические), с проведением забора необходимого биоматериала, крови из пальца, крови из вены, мочи, кала, медицинский массаж, лечебная физкультура.

Лечебные и лечебно-диагностические: введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача (в т.ч. ингаляционно, подкожно, внутривенно, внутримышечно, внутривенно струйно и/или капельно, интраназально, в ухо, в глотку, в горлань, интравагинально, интаректально); консультация с применением телемедицинских технологий; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья, для получения первичной медико-санитарной помощи.

2. Медицинским работником _____ (должность и ФИО врача или мед. сестры к. кому записан пациент) (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 вероятности развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

3. Я информирован работниками Исполнителя об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

4. Я информирован о возможном использовании врачами информации о моём здоровье для научных и образовательных целей при условии анонимности.

5. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

6. Я информирован, о необходимости сообщить обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я информирован об ответственности за предоставление данной информации в неполном или искажённом виде.

Информация для беременных! Применение медицинских препаратов с действующим веществом Диосмин при беременности. Действующими клиническими рекомендациями РФ Диосмин показан к применению у взрослых для терапии симптомов хронических заболеваний вен (устранения и облегчения симптомов). Данные о применении Диосмина у беременных женщины ограничены. Исследования на животных не указывают на прямое или косвенное вредное воздействие на репродуктивную функцию. В экспериментальных исследованиях не было выявлено тератогенного воздействия на плод. До настоящего времени в клинической практике не было сообщений о случаях мальформационного или фетотоксического действия на плод при применении препарата у беременных. Я информирована о возможных последствиях для меня и моего плода в случае приема лекарственных препаратов, с действующим веществом Диосмин во время беременности.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

7. Я информирован о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.



8. Я информирован о важности выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

9. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

10. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.

11. Я даю разрешение на предоставление информации о результатах обследования на адрес электронной почты _____ (адрес электронной почты), на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты. Я информирован о возможности отказа от рассылки напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты и порядке его оформления.

Мне известно, что при передаче информации через телефонную связь, с использованием электронной почты существуют следующие риски:

- Разглашение информации третьими лицами при: доступе к телефонной связи и электронной почте неуполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом неуполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи.
- Использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ.
- Задержка (неполучение) результатов исследований по причине неисправности систем связи, действия (бездействия) провайдеров или форс-мажорных обстоятельствах.

12. Я информирован, что используемые технологии лабораторных исследований не могут полностью исключить вероятность возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам лабораторной диагностики, разрешённых на территории РФ, Исполнитель не несёт ответственности за их возникновение.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)

Должность и ФИО врача или мед. сестры к кому записан пациент

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

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ комбинированного лечения варикозной болезни, включая эндовенозную лазерную коагуляцию.

1. Я, (фио из МИС)

(ФИО (при наличии) гражданина), дата рождения из МИС г. рождения, зарегистрированный по адресу: (адрес из МИС) проживающий по адресу (указывается в случае проживания не по месту регистрации) (адрес из МИС): даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, с указанием предполагаемой даты проведения вмешательства: название из МИС

которое будет нести лечебную направленность в (полное наименование медицинской организации-из МИС).

2. Медицинским работником (должность, фамилия имя отчество врача) 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.

(подпись пациента)

3. Я информирован, что при проведении медицинского вмешательства может использоваться анестезия

(вид анестезии с указанием анестетика).

4. Я ознакомлен с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

5. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний, возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.

6. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому работнику ООО «» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, в том числе: Аллергический анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, различные дерматиты, кожный зуд, аллергический ринит, конъюнктивит; головокружение, тошнота, повышение температуры тела, рвота, дисбактериоз.

V

(указать тип реакции, если отмечалась ранее у меня, моего представляемого и указать лекарственное средство, вакцину, сыворотку)

Примечание: при автоматическом заполнении поля, после текста, вписать собственноручно: Подтверждаю и поставить подпись.

7. Я информирован о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству, которые могут развиваться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

- Образование временного болезненного инфильтрата по ходу коагулированной вены, подкожные инфильтраты в области инъекций;
- Некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки;
- Воспаление подкожных вен, лимфоррея и лимфоцеле;
- Внутрикожные кровоизлияния, гематом;
- Повреждение нервов, ожоги кожи, повышении температуры до 38⁰ до 7 дней;
- Возникновение артериовенозной фистулы;
- Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен;
- Термоиндуцированный тромбоз;
- Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
- Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства;
- Развитие венозного тромбозомболизма, летального исхода.

8. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного и/или эстетического эффекта.



9. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
10. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.
11. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
12. Я информирован, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.
13. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.
14. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств до и после медицинского вмешательства и использование компрессионного трикотажа.

_____ (подпись пациента)

15. Я согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учётом сохранения врачебной тайны.
16. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
17. Я информирован о том, что планируемые мне медицинские услуги все или часть из них могут быть получены мной без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
18. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан. Я информирован о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения. Я информирован о поведении после проведенного медицинского вмешательства. Я информирован о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО «из МИС»

_____ / _____
(подпись) фамилия, имя отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон из МИС)

_____ / _____
(подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника из МИС)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ).

1. Я, _____

(ФИО полностью), на основании Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ находясь на лечении в ООО «___» без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, с указанием даты начала курсового лечения:

_____, которое будет нести эстетическую и/или лечебную направленность.

2. Медицинским работником (должность, фамилия имя отчество врача) 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.

(подпись пациента)

3. Я ознакомлен с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.
4. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний, возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.
5. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому работнику ООО «___» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, в том числе:

Аллергический анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, различные дерматиты, кожный зуд, аллергический ринит, конъюнктивит;

головокружение, тошнота, повышение температуры тела, рвота, дисбактериоз.

V

(указать тип реакции, если отмечалась ранее у меня, моего представляемого и указать лекарственное средство, вакцину, сыворотку)

Примечание: при автоматическом заполнении поля, после текста, вписать собственноручно: Подтверждаю и поставить подпись.

6. Я информирован о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству, которые могут развиваться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:
- жжение – зуд кожи, в области манипуляций;
 - глубокие некрозы кожи и поверхностные некрозы кожи, повреждение нервов;
 - гиперпигментация и вторичные телеангиоэктазии;
 - дыхательные нарушения: затруднение вдоха, тяжесть за грудиной, кашель, чувство саднения, жжения в дыхательных путях;
 - неврологические нарушения: мигреноподобные боли, нарушения зрения, речи, транзиторные ишемические атаки и нарушения мозгового кровообращения;
 - флебит подкожных вен, развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства, которые исчезают через 2-12 месяцев;
 - в редких случаях через 2-4 недели после лечения по ходу склерозированной вены может появиться тонкая красноватая сосудистая «сетка», обычно самостоятельно исчезающая в течение 4-6 месяцев.
 - симптоматический тромбоз глубоких вен и лёгочная эмболия с вероятным развитием летального исхода.



7. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного эффекта.
 8. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
 9. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.
 10. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
 11. Я информирован, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.
 12. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.
 13. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств и использование компрессионного трикотажа.
- _____ (подпись пациента)

14. Я, согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учётом сохранения врачебной тайны.

15. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
16. Я информирован о том, что планируемые мне медицинские услуги все или часть из них могут быть получены мной без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
17. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан. Я информирован о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения. Я информирован о поведении после проведенного медицинского вмешательства. Я информирован о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО «»

_____ / _____
(подпись) фамилия, имя отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон из МИС)

_____ / _____
(подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника из МИС)



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ).

1. Я,

(ФИО полностью), на основании Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ находясь на лечении в ООО «» без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства,

_____, которое будет нести эстетическую и/или лечебную направленность.

2. Медицинским работником (должность, фамилия имя отчество врача) 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.

(подпись пациента)

3. Я ознакомлен с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

4. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний, возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.

5. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому работнику ООО «» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, в том числе:

Аллергический анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, различные дерматиты, кожный зуд, аллергический ринит, конъюнктивит;

головокружение, тошнота, повышение температуры тела, рвота, дисбактериоз.

У

(указать тип реакции, если отмечалась ранее у меня, моего представляемого и указать лекарственное средство, вакцину, сыворотку)

Примечание: при автоматическом заполнении поля, после текста, вписать собственноручно: Подтверждаю и поставлю подпись.

6. Я информирован о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству, которые могут развиваться во время или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

- жжение – зуд кожи, в области манипуляций;
- глубокие некрозы кожи и поверхностные некрозы кожи, повреждение нервов;
- гиперпигментация и вторичные телеангиоэктазии;
- дыхательные нарушения: затруднение вдоха, тяжесть за грудиной, кашель, чувство саднения, жжения в дыхательных путях;
- неврологические нарушения: мигреноподобные боли, нарушения зрения, речи, транзиторные ишемические атаки и нарушения мозгового кровообращения;
- флебит подкожных вен, развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства, которые исчезают через 2-12 месяцев;
- в редких случаях через 2-4 недели после лечения по ходу склерозированной вены может появиться тонкая красноватая сосудистая «сетка», обычно самостоятельно исчезающая в течение 4-6 месяцев.
- симптоматический тромбоз глубоких вен и лёгочная эмболия с вероятным развитием летального исхода.

7. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного эффекта.

8. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.

9. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.

10. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

11. Я информирован, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.

12. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления



ВАРИКОЗА НЕТ
клиника лазерной хирургии

13. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств и использование компрессионного трикотажа.
_____ (подпись пациента)
14. Я, согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учётом сохранения врачебной тайны.
15. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
16. Я информирован о том, что планируемые мне медицинские услуги все или часть из них могут быть получены мной без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
17. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан. Я информирован о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения. Я информирован о поведении после проведенного медицинского вмешательства. Я информирован о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО «»

_____/ _____
(подпись) фамилия, имя отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

_____/ _____
(подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника

« _____ » 20 _____ г.

Дата оформления



Отказ от медицинского вмешательства

Я _____ дата рождения: « ____ » _____ г.,
(Ф.И.О. гражданина (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ // _____ г.,

(фамилия, имя, отчество ребёнка или недееспособного гражданина полностью, дата рождения)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной-медико-санитарной помощи в ООО (мед. Организация), отказываюсь
от следующих видов медицинских вмешательств

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)
Медицинским работником _____

(должность, ФИО(при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских
вмешательств, в том числе развития осложнений заболеваний (состояний).
Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного вида вмешательства, в том числе вероятность развития
осложнений заболевания (состояния))

Я информирован о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого),
включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с
ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения.

Я информирован о последствиях моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства.

Я информирован, что при возникновении необходимости проведения медицинского вмешательства, я имею право дать
информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, указанное в настоящем отказе от медицинского
вмешательства.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и
добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьёй 33 "Основ законодательства Российской Федерации об
охране здоровья граждан", отказываюсь от проведения медицинского вмешательства.

(подпись и Ф.И.О. пациента /законного представителя – автограф, фамилия, имя, отчество полностью(при наличии))
Приходится пациенту родителем, усыновителем, попечителем, опекуном на основании:

(подпись)

(ФИО(при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ – инфекцию

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании представленной мне информации, свободно и (без принуждения) отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашусь сдать анализ крови объемом 5 мл.

В процессе забора крови, как правило, будет необходимо один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола. Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в СПИД центре и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат, только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.
- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.
- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ – инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.
- ВИЧ – инфекция передается только тремя путями:
 - При сексуальных контактах без презерватива;
 - Через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;
 - От ВИЧ инфицированной матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.
- Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.
- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями из половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ – статусом. В течении жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того чтобы избежать заражения ВИЧ-инфекцией, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативом или иметь только не инфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избегать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно, используя только стерильные инструменты.
- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант или врач при послетестовом консультировании.
- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД по адресу: указывается адрес и тел территориального центра СПИД

Подпись _____ / _____ (Ф.И.О.)

Расписался в моем присутствии:

(должность медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О.)