|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| **Информированное добровольное согласие пациента**  **на медицинское вмешательство в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Я, пациент** | | . | | | | | | | |
|  | *ФИО полностью, дата рождения* | | | | | | | | |
| Паспорт (свидетельство о рождении) серия | | | | |  | номер |  | дата выдачи |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Родитель, другой законный представитель** (ФИО полностью) | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| обратился(лась) 30 ноября 2020 г. в целях получения медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. | | | | | | | | | |
| **Я даю** согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), маммография, рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура, мануальная терапия, подводный душ-массаж (Приказ Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»). | | | | | | | | | |
| В случае необходимости инвазивных, в том числе хирургических, методов диагностики и лечения я буду проинформирован дополнительно (ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). | | | | | | | | | |
| 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». | | | | | | | | | |
| **Я даю** согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») следующим лицам | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *(Указать ФИО и телефоны тех лиц, кому разрешается передача информации.* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Заполняется собственноручно пациентом, законным представителем)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Я извещен(а)** о клиническом профиле ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России и об осуществлении в нем образовательной и научно-исследовательской деятельности и согласен(а) на деперсонализированное (обезличенное) использование (в том числе опубликование) результатов моего (моего ребенка) обследования в научных и учебных целях, на присутствие врача-ординатора/аспиранта и/или врача-специалиста-аспиранта при оказании мне (моему ребенку) медицинской помощи. | | | | | | | | | |
| **Я проинформирован(а)** о возможности получения медицинских услуг бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и о возможности получения медицинских услуг в рамках ОМС в других медицинских учреждениях (ст. 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Я проинформирован(а) о возможности получения медицинских услуг бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Я проинформирован(а) о возможности получения медицинских услуг в других медицинских учреждениях, в том числе в рамках ОМС (ст. 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). | | | | | | | | | |
| **Я ознакомлен(а)** с существующей процедурой направления на лечение в федеральные лечебные учреждения (Приказ Минздрава России от 02 декабря 2014г. № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»). | | | | | | | | | |
| **Я ознакомлен(а)** с содержанием услуг с использованием медицинских технологий в условиях повышенной комфортности, оказываемых платно, на основании Договора об оказании платных медицинских услуг. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Я подтверждаю своей подписью,** что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и я **даю информированное добровольное согласие** ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России на медицинское вмешательство. При подписании этого документа, последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), мог(ла) задать все интересующие меня вопросы. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. ( \_\_ час. \_\_ мин. ) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Подпись пациента** *(при достижении 15 летнего возраста)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Родитель, другой законный представитель** *(заполняется обязательно, если пациент не достиг 18 лет или в установленном законом порядке признан недееспособным)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **Пациент (родитель, другой законный представитель) подписался в моем присутствии:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. медицинского работника | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и я отказываюсь от предложенного мне вида вмешательства | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Последствия и дальнейшие изменения в моем здоровье из-за отказа от данного медицинского вмешательства, в том  числе вероятность развития  осложнений заболевания (состояния), мне объяснены и понятны. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. ( \_\_ час. \_\_ мин. ) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Подпись пациента** *(при достижении 15 летнего возраста)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Родитель, другой законный представитель** *(заполняется обязательно, если пациент не достиг 18 лет или в установленном законом порядке признан недееспособным)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **Пациент (родитель, другой законный представитель) подписался в моем присутствии:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. медицинского работника | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Информированное согласие прочитано вслух | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (кем) |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (кому) |
|  | | | | | | | | | |
| Информированное согласие разъяснено и понятно. | | | | | | | | | |
| Подпись и ФИО лица, в присутствии которого прочитано согласие | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| *Подпись* | | | | Ф.И.О. | | | |  | |