

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
имени академика Б.В. Петровского»  
Москва, Абрикосовский пер., 2 тел: +7(499) 248-11-45**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних или признанных недееспособными граждан.**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО полностью)  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном,  
попечителем) ребенка, лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО полностью)

подписывая настоящий документ, подтверждаю, что в соответствии со статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован о текущем состоянии моего здоровья.

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.

- Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых мне медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных предыдущем абзаце. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки моего диагноза и определения тактики лечения;

- Я информирован(а) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

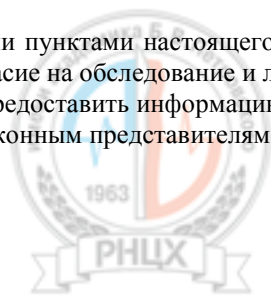
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен(а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен(а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Я \_\_\_\_\_ согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

-Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_



- Разрешаю сопровождение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 27.02.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" даю информированное согласие на обработку персональных данных для организации мне медицинской помощи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя / \_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Расписался в моем присутствии:  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись (Должность, И.О. Фамилия)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора, заместителя директора, главного врача, заместителя главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора, заместителя директора, главного врача, заместителя главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Дополнительная информация:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя / \_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Расписался в моем присутствии:  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись (Должность, И.О. Фамилия)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Консилиум врачей в составе:**

_____	_____	_____
ФИО	должность	подпись
_____	_____	_____
ФИО	должность	подпись
_____	_____	_____
ФИО	должность	подпись

