**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 1 (СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ)"**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

|  |
| --- |
| Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| поставлена в известность, что я госпитализирована в отделение: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

В соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» мне (предоставляемому) разъяснено:

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

- Я ознакомлена с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирована о целях методах, характере оказания медицинской помощи, о возможных вариантах медицинского вмешательства и связанных с ними рисках, о возможных последствиях и предполагаемых результатах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (предоставляемому) делать во время их проведения, я согласна с выбранным вариантом, методом оказания медицинской помощи и проведением диагностических и лечебных процедур \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента);

- Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не оговоренных со мной ранее, но необходимых по жизненным показаниям. Я доверяю врачам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтёт необходимыми для установления (уточнения) диагноза, лечения и улучшения моего состояния здоровья.

- 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 трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведенных рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебный мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных введений, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур; манипуляции и оперативных вмешательств.

- Я извещена о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и применять назначенные методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупреждена и осознаю, что отказ от оказания медицинской помощи, 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: мне разъяснены возможные последствия отказа от оказания медицинской помощи и совершения мной указанных нарушений;

- Я поставила 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 сообщила правдивые сведения о наследственности, табакокурении, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсичных средств;

- Я Лебедева Наталья Михайловна согласна на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я согласен на проведение консультаций профессорами и иными специалистами по усмотрению лечащего врача, передачи им в этих целях моих медицинских документов, а также передачи моих медицинских документов лицам, осуществляющим медицинское и социальное страхование. Передачи моих медицинских документов для рецензии специалистов в случае судебного разбирательства или разбирательства в клинико-экспертной комиссии.

- Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны, 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, знакомым представителям, гражданам:

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

\_\_\_.\_\_\_.2023 Подпись пациента/законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

|  |
| --- |
| Должность, Ф.И.О. подпись медицинского работника |
| Врач-акушер-гинеколог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |