**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

*(составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказом МЗ от 20.12.2012г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство»)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.* гражданина *либо законного представителя)*

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

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

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

даю информированное добровольное согласие на предложенные мне, лицу, чьим законным

представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, от имени которого выступает законный представитель)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающему по адресу: Н-ская область, Н-ский район, г. Н-ск, ул. Н-ная, д. 1 (адрес лица, от имени которого выступает законный представитель), виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
3. Антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
4. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
5. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография;
9. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутривенно, внутрикожно, внутримышечно, наружно, перорально, подкожно, ректально;
11. Медицинский массаж, лечебная физкультура;

в Государственном бюджетном учреждении социального обслуживания Н-ской области «Н-ский психоневрологический интернат».

Врачом-психиатром Руколовым Егором Тахировичем 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 частью 9 статьи 20 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. (Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)* | | |
|  |  |  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Руколов Егор Тахирович | | |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О. медицинского работника)* | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | | | | |
| (дата оформления информированного добровольного согласия) | | | | |
|  | | | |  | Согласовано:  Директор ГБУСОНО «Н-ский ПНИ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.Ю. Яшин  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | |

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

*(составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(Ф.И.О.* гражданина, год рождения*)*

Даю согласие на введение следующих лекарственных препаратов:

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

|  |
| --- |
| Анксиолитики (транквилизаторы): |
|  |
| Антидепрессанты: |
|  |
|  |
| Антипсихотические препараты: |
|  |
|  |
|  |
| Ноотропы: |
|  |
| Противоэпилептические средства (нормотимики): |
|  |
|  |
| Лекарственные средства из других фармакологических групп: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

В доступной для меня форме мне сообщено о характере психического расстройства, 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. гражданина)* |
|  |  |  |  |
| Врач-психиатр | «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* | Руколов Е.Т. |