

# 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография;
9. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутривенно, 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.