Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт гражданина Российской Федерации,

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу:

Проживающий (-ая) по адресу:

Представитель:

(ФИО, дата рождения и сведения о документе, удостоверяющем личность, представляемого лица)

Действующий на основании

(Сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя)

поставлен (-на) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (-на) в:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Кстовская центральная районная больница»

(полное наименование медицинской организации)

* Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
* Я ознакомлен (-на) 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 трепонемы, 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; Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
* Я информирован (-на) о целях, 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 (-на) 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 (-на) 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 поставил (-ла) 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 сообщил (-ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* Я не согласен (-на) 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 (-на) и согласен (-на) 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:

(сведения о лицах, которым разрешено предоставлять сведения о пациенте)

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) |
| (подпись) | (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

(дата оформления)