

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностическое обследование)

Я пациент _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента - полностью)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № _____ от _____
(число, месяц, год)

дата рождения _____
(число, месяц, год рождения)

зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан _____
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя пациента - полностью)

документ, удостоверяющий личность _____ выдан _____
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)
Пациента _____

(Фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента – ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(число, месяц, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение»), в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно),

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) **офтальмологического диагностического обследования** с консультацией и назначениями врача-офтальмолога и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование, а именно: определение остроты зрения, авторефрактометрия, биометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия;
- Я информирован(а) о вероятности назначения консультаций заведующего отделением, врача-офтальмолога другого отделения и проведение дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: ультразвукового исследования глазного яблока, компьютерной периметрии, определения пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, исследования на фундус-камере, флюоресцентной ангиографии сетчатки, гониоскопии, тонографии, ультразвуковой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерной тиндалеметрии, оптического анализатора роговицы, абэррометрии, тесты на гетерофорию и бинокулярное зрение, аккомодографии, а также промывания слезных путей, массажа век, эпиляции ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен(а) на все виды консультаций и обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется средним медицинским персоналом Учреждения;
- Я ознакомлен(а) с перечнем контактных и бесконтактных методов обследования в офтальмологии, а также с необходимостью расширения зрачка. Расширенные зрачки сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов (у особо чувствительных пациентов – значительно дольше, до 12-24 часов), при этом может беспокоить светобоязнь, снижение зрения, особенно на близком расстоянии. Контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние, конъюнктивит;
- Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения обследования;
- Я осведомлен(а) о том, что обследование может быть многоэтапным. Кроме того, я предупрежден(а), что в случае необходимости мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен(а) на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан(а) предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования;
- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить диагностическое обследование в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствие в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и

проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;

- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки во время обследования и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу:

(указать адрес электронной почты)

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

(Перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

- Мне разъяснено, что перед осуществлением офтальмологического обследования я имею право от него отказаться.

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования;

- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;

- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;

- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к обследованию, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам офтальмологического обследования, мне понятны возможные риски предстоящего вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принимаю решение приступить к офтальмологическому обследованию на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала лечения;

- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;

- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;

- Настоящее согласие подписано мною на приеме у врача после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент _____

(законный представитель пациента) _____
 (подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

В присутствии переводчика
 (для иностранных граждан) _____
 (подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог _____
 (подпись) (Ф.И.О.) (число, месяц, год)

Примечание:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,*
- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,*

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.