### ИНФОРМАЦИЯ О МЕТОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫХ С НИМИ РИСКАХ,

## ВИДАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатов медицинской помощи указаны в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

#### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

проживающий (ая) по адресу:  Знадан  Знадан  диализ Я,  паслорт:  диализ Я,  паслорт:  диализ Я,  паслорт:  диализ Деневные представителем (мать, отец, усыповитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недесспособным:  (Ф.И.О. ребенка яви недесспособного граждавива — волностью, год рождения)  поставатей (поставлена) в известность, что в (мой ребенок) госинтализирован (госинтализирована) в отделен  моголясно мосії воли, даны полные и вессторонние разъленення, в также предоставлена возможных осложненнях моего заболевания (заболевания моего хейностью, тод рождения)  добровольно дав обеке остоласне ви проведения вим (перетавлизнемому) опроса, в том числе и хирургичес- вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка).  Добровольно дав обеке остоласне ви проведения мис (передставляемому) опроса, в том числе визывание како сответствии с передставленному опроса, в том числе визывание заболевания моего заболевания моего ребенка).  Добровольно дав обеке остоласне ви проведения мис (передставляемому) опроса, в том числе пальнания, перкуссии, аускультации, рипоскопии, фарингоскопии, неправ парингоскопии, валинального песиледования, регального осследования; дагорования дагорования; дагорования дагорования; дагорования дагорования дагорования дагорования; дагорования; дагорования дагорования дагорования; дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования; дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования, картирования, картирования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования; дагорования дагорования дагорования; дагорования дагорования дагорования дагорования; дагорования дагорования, картирования претраритический достаблям, кардиотокографии, стомографии, дагорования, дагорования дагорования, кардиотокографии, дагорования, дагорования дагорования дагорования дагорования, дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования дагорования даг	A	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лст, или исдесенособных граждан; Я, паспорт:	(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу:	
траждантя Я,  пасторт:		
паснорот:  выдлат  должнось законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, поцечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:  (Ф.И.О. ребенка или дереспособног гражданина – подостью, год рождения)  поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделен  методанся моей воли, даны подные и веесторонние разъяченния, а также предоставлена возможность зами  петересующие вопросы о характере, степени тяжести, протнозе, методах лечения, в том числе также  добровольно даю свое согласне на проведение мие (предетавляемому) опроса, в том числе вызываемие жала  добровольно даю свое согласне на проведение мие (представляемому) опроса, в том числе вываналение жала  добровольно даю свое согласне на проведение мие (представляемому) опроса, в том числе вываналение жала  добровольно даю свое согласне на проведение мие (представляемому) опроса, в том числе вываналение жала  дорови и мочи клинического, бюхимического; измунологических, бактериологических и вирусологичес  косласнаний, в том числе своедования коров на навичие вируеа иммуносренията человека, вириса госписательного исследования верова на податического объедования; агоматорических и вирусологичес  косласнаний, в том числе населедование коров на навичне вируеа иммуносфинита человека, вириса госписательного предения, реготивного мониторирорования артериального давления, сипрорафии, инвемотахометр  пикрумометрии, розописфалографии, электроэнием вируеа иммуносфинита сравствую предения реготивного мониторирования дисто-отметрафии, суточного мониторирования дисто-отметрафии, кардиотокографии (устофарими, кардиотокографии, исто-отметрафии, магиторафии, магититорафии, магититорафии, магититорафии, олектроэниемостими, ректороманоскопии, фонохоских, упътразакумовах, должность исследований (узофагогатродуюденоскоп   положнима, проведения регитенопогочнеских, упътразакумовах, должность и исследований (узофагогатродуюденоскоп   положность дрежажей, проведение болектора упражность и изменения упражность и каматительн		едееспосооных
признанного недееспособным:  (Ф.И.О. ребевка или идееспособного граждания — полностью, год рождения)  (Ф.И.О. ребевка или идееспособного граждания — полностью, год рождения)  поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделен исторации и поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделен методеоставлена возможность задав интересующие вопросы о характере, степени тяжести, протноге, методах лечения, в том числе и харургичеством менательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания мето ребенах).  Добровольно даю свое согласле ва проведение мен (представляемому) опроса, в том числе и харургичеством и дериноскопии, фаринтоскопии, фаринтострафии, писе-оъвки пункций, в том числе предераторафии, в десе-оъвки пункций, в том числе предераторафии, в десе-оъвки пункций, в том числе фаринтострафии, фаринтострафии, в рестеременных регороманоскопии, фаринтоскопии, фаринтострафии, в писе-оъвки пункций, в том числе фаринтурновари до десежения до десежения в том числе фаринтаристрами и десебных пункций, в том числе фаринтурны денажения и десемных предаритеском динескоп и десемных предаритескопи, фаринтострому писеть побхому предаритеской, картирострому писеть побхому предаритеской, картирострому писеть побхому предаритеской, картирострому писеть побхому предаритеской, картирострому писеть		
(Ф.И.О. ребенка или недесспособным:  (Ф.И.О. ребенка или недесспособного гражданина — волностью, год рождения)  поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделен метеросущей в опросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах дечения, в том числе и хируругичест вмешательствах, исследованиях и возможность задаж питеросующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах дечения, в том числе и хируругичест вмешательствах, исследованиях и возможнах осложениях моего заболевания (заболевания моего ребенка). Добровольно даю сосе согласие на проведение мис (перслетавляемому) опрось, в том числе и хируругичест вмешательствах, исследованиях, ректального исследования; автропометрии, термометрии, тонометрии. Соответствии с назначениями врача, проведения диагностического обследования: лабораторные исследования: апринествии, в намического, бюхимического; иммунологических, бактернологических и вирусологичест оследования в том числе исследования к реоктим обследования: лабораторные исследования в постадования спольжения в променения (учикциональных методах обследования: электрокарциографии, суточного мониторирых генати бледуюй трепонемы; функциональных методах обследования: электрокарциографии, суточного мониторирых генати бледуюй трепонемы; функциональных методах обследования; алектрокарциографии, кардиотокографии помектромаристрамы, суточного мониторирования артериального давления, сипрография, видео-зактроэмцисфалографии, кардиотокографии, видео-зактроозирофия, магнетирогафия, минетом состадования (зофатогатородуслеком помогокомном, разможности, браноскомнии, дарактомовку давжности от исследований (зофатогатородуслекотрафии) видео-зактрофических исследований (зофатогатородуслекотрафии) и предераты могу предаратым мутеритером дажностных и лечебных принером помогокорафии, в ректором предаратым мутери предаратым стадовать предаратым	•	енка или липа.
(Ф.И.О. ребенка наи ведесиособию гражданива – полностью, год рождения)  поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделен  — Метогласно моей воли, даны полные и всесторонине разъяснения, а также предоставлена возможность задва  интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах дечения, в том числе и кирургичесия  меншательствах, исследованиях и возможных оспожениях мосто заболевания заболевания мого ребенка).  Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) опроса, в том филсе выявление жал  забора внамисая; сомотра, в том числе направление  кототествии с вазычениями варча, проведения днагностического обесадования; запропометрии, точноскопии, недива  крови и мочи клинического, биохимического; иммунолотических, бактериологических и вирусологичес  исследований, в том числе неследования крови на наличие вируса иммунодефицита человска  вискромарномым, суточного мониторирования  загрементым, в том числе неследование  котоморафии, в том  загрементым, роэминефаногорафии, загремарнатерафии, суточного  мониториромарномым, суточного мониторирования  загременных), проведения рентгенологических, ультразвуковых, допилерографических и  селедований, ромографически  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, дарингоскопии), диагностических и лечебных пункций,  котомографии, метитораторафии, загременных  магистральных сосудов; дечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций внутримымного  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, дарингоскопии), диагностических и лечебных пункций,  магистральных ренажей, проведение болосий  камистральных истепрацианности  кортонопительных методом  кототоранное  ком  загременных в путрименных  кототоранности  кототоранное  ком  загременных  кототоранности  кототоранности  кототоранности  кототоранности  кототоранност		onna mm miqu,
менательствах, исследованиях и возможных осложениях мого заболевания (заболевания моето ребенка).  Добровольно дво свое согласие на проведение мисто заболевания (заболевания моето ребенка).  Добровольно дво свое согласие на проведение мис (представляемому) опроса, в том числе и хирургичеси менательствах, исследованиях и возможных осложениях моето заболевания (заболевания моето ребенка).  Добровольно дво свое согласие на проведение мис (представляемому) опроса, в том числе вызагание жал добровольно дво свое согласие на проведение мис (представляемому) опроса, в том числе вызагание жал забораторных реможениях и вначениях выпольского обследования: лабораторных реможениях и вначениях выпольского, биохимического; иммунологического, биохимического, биохимического; иммунологических, бактериологических и вирусологического, спедований, в том числе исследование крави и мочи клинического, биохимического; иммунологических, бактериологических и вирусологического, спедований, в том числе исследование крови на валичие вируев иммунодефицита человска, вирусологического, спедований, в том числе исследования: электрохарисографии, суточного мониторирован достровных ременных), проведения ренттенологических, удътразвуковки, допильерографии, суточного мониторированом режененных), проведения ренттенологических, удътразвуковки, допильерографии, кардиотокографии (узофагогатродуюденоского колоноскопии, ректороманоскопии, фонктороманоскопии, фонктороманоскопии, фонктороманоскопии, фонктороманоскопии, фонктороманоскопии, фонктороманоскопии, дорингоскопии), давтностических и печебных пункций, компьютер установкой дренажей, проведение биоспей тавней, в том числе втуренных органов, категеранаций, компьютер установкой дренажей, проведение биоспей тавней, в том числе отружения и печебных призаговном доста до выступной форме разъяснены необходимости и основные этапы лечения, в том числе проведения предарать, могора доста до выступной форме разъяснены необходимосты и основные этапы лечения, в том числе произагонных на предаратор, обо вест доста	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рожде	ния)
интересующие вопросы о характере, степени тяжести, протнозе, методах лечения, в том числе и кнурупичеся мешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка).  Добровольно даю свое согласие на проведение мие (представляемому) опроса, в том числе выявление жал- бор авамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопиии, фарингоскопии, непрям парингоскопии, вагинального исследования; антропометрии, термометрии, томометрии,  зарингоскопии, вагинального исследования, ректавьного исследования; антропометрии, термометрии, томометрии,  зарови и мочи клинического, биохимического; иммунологических, бактериологических и вирусологичест  коследований, в том числе исследование крови на валичие вируса иммунодефицита человеса, вирусных гепати  бледной трепонемы; функциональных методах обследования: электрокардиографии, суточного мониторирования  окследований, в том числе исследование комом  томографии, розниефалографии, электроэнцефалографии, видео-электроонцефалографии, невмогахометр  инкфлуометрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, видео-электроонцефалографии, кардиотокографии (,  беременных), проведении фотитеронографии, электроэнцефалографии, вагристокографии (,  беременных), проведения фотитеронографии, электрожовах допилерографических исследований (заофагогастродуоденоской  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, ларингоскопии), диагностических исследований (заофагогастродуоденоской  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, ларингоскопии), диагностических исследований  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, парингоскопии), диагностических исследований  колоноскопии, ректороманоскопии, броихоскопии, парингоскопии), диагностических исследования  магистральных сосудов; лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, катеченых пункций, в том  инистральных сосудов; дечебных мероприятий: прием таблетиростических истемых инистрации периферически  магистральных препараты могут иметь побачые, в лючие препаратов, метоным пре	поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализиров	вана) в отделени Ми
""	интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах лечения, в том числ  мешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего  Добровольно даю свое согласие на проведение мен (представляемому) опроса, в том числ  воро анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фаринг  нарингоскопии, вагинального исследования, ректального исследования; антропометрии, термометр  зарингоскопии, вагинального исследования, ректального исследования; антропометрии, гермометр  сответствии с назначениями врача, проведения диагностического обследования: лабораторные исс  прови и мочи клинического, биохимического; иммунологических, бактериологических и  исследований, в том числе исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, в  бледной трепонемы; функциональных методах обследования: электрокардиографии, стирографии,  икфлуометрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, видео-электроэнцефалографии,  икфлуометрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, видео-электроэнцефалографии,  кар  коременных), проведения ренттенологических, ультразвуковых, допплерографических исследований  (эзофаготаколоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, арингоскопии), диагностических и следований  (эзофаготаколоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, арингоскопии), диагностических и лечебных пу  установкой дренажей, проведение биопсий тканей, в том числе внутренних органов, каттегризации  (ззофаготаколоноскопии, ректороманоскопии, вронхорьтий, диагностических и лекарственных сосудов; лечебных мероприятий: присм таблетированных органов, каттегризации  (ззофаготаколоноской дренажей, проведении биопсий тканей, в том числедованых сосудов; лечебных мероприятий: присм таблетируры  (забажных внутрикожных, внутрикожных, внутрикостных, интратекальных; филопорафии,  министрара, медицинского массажа и лечебной физкультуры. Я проинформирован (а), что прим  некарственные пераратым могут иметь побочные действия. Я проинформирован (а), что при  некарствиных отф	можность задава не и хирургически ребенка). е выявление жало обоскопии, непрямории, тонометрии. Следования: анали вирусологически и периферический и периферический внутримышечных внутримышечных внутримышечных внутримышечных и периферических внутримышечных внутримышечных и числе проведен стике лечения. Мозможно временния процедуне (моему ребенки доде обследования на, целесообразны пе об аллергическиенных мною (могоственных мною (могоственных фактор дивые сведения дать с врачом присмание медицинскование медицинскования пределаты в предеменные препараты в пределаты в пределаты пр
Врач (подпись нациента/законного представителя X	сказаться на состоянии здоровья.	
	20 10да. подпись пациента/законного представителя	
(M M O HOHYHOCTI )	Зрач (подпись) (подпись)	X

Я ознакомлен (а) с режимом работы учреждения, правилами посещения меня (моего ребёнка) родственниками и другими лицами, обязуюсь выполнять правила внутреннего распорядка, а также соблюдать запрет на употребление спиртных напитков и курение в помещениях больницы.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками, студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

		ости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и, законным представителям, гражданам:	тяжести и характере
*		реждении представляемого ребенка или лица, признаннов	го недееспособным,
"	20	года. Подпись пациента/законного представителя	X
Врач		(подпись)	$\overline{\mathbf{x}}$
1	D)	Р.И.О., должность)	
врача и законных представит Решение врачебно По жизненным п отсутствием законных восмотра, диагностическ	елей. Эго конси оказания представ	одные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответс плиума (дежурного врача): ям, в связи с неспособностью пациента выраз вителей ребёнка, пациент нуждается в проведени едования и лечения.	ить свою волю,
<b>Консилиум врачей:</b> Ф.И.О., должность, подпись			
Ф.И.О., должность, подпись_			
Ф.И.О., должность, подпись_			
	20	года	

Приложение	№3 к І	Приказу	No	от	
	·		·	-	

#### Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие

(Федеральный закон № 323-ФЗ om 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу:

врача и законных представителей.

Этот	г раздел бланка	заполняется	голько на лиц, не достигших возраста 15 .	лет, или не	едееспособных
грая	кдан: Я,				
пасп	орт:		,выдан_		_
явля	юсь законным п	редставителем	и (мать, отец, усыновитель, опекун, попечи	итель) ребе	енка или лица,
призі	нанного недееспо	собным: (Ф.И.О. ребенка	или недееспособного гражданина – полностью, год рожде	ния)	
			следовании) в отделении (название отделения, номер пала	гы)	
Добро 	овольно даю своё со	гласие на провед	ение мне (представляемому)		
	(название вида о	безболивания, в	озможность изменения анестезиологической тактик	и)	
ингаля (эпиду эндотр реакци шерст пособя воздей сообы средст	пнено только с при инионного анестети урально, интратека рахеальную трубку, Я поставил (а) и иях или индивидуа и животных; обо во иях; об экологиче йствующих на мен цил (а) правдивые с тв.	менением анест ка через лицев льно), внутрим плексусная анест в известность вр льной неперено ех перенесенны еских и произв я (представляем ведения о насле- ан (а) о целя	то диагностическое исследование или хирургичес езиологического пособия. Мне разъяснены основ ую маску, введение препаратов для анестезии ышечно, внутрикостно, проведение искусствен тезия, местная анестезия кожных покровов. нача обо всех проблемах, связанных, со здоровьем симости лекарственных препаратов, пищи, бытов х мною (представляемым) травмах, операциях, забюдственных факторах физической, химической ого) во время жизнедеятельности, о принимаеми дственности, употреблении алкоголя, наркотических, методах и неблагоприятных эффектах ане	ные этапы а в вену, спиной вентили могот вентили могот вентили вентили вой химии, гоболеваниях, а или биоло вых лекарствих, токсических, токсических, токсических	нестезии: вдыхание нно-мозговой канал яции лёгких чере: не об аллергический пыльцы растений, и анестезиологический огической природы енных средствах. У ких и психотропный еского обеспечения
сопуто некото медиц други: исходовозний верхни гипер: в коне дыхат побоч ларин голови	динского вмешатель ствующих заболева орых видов анестез динского вмешатель х систем жизнедеят ом. Я осознаю и мы кнуть непредвидены их дыхательных по термия, озноб, эмбо ечностях, головная ельной деятельност ные действия: мы госпазм, коллапс, а ная боль. Я согласен (а) на	ства. Я предуприний, которые ми у членов семи отва сопряжено тельности орган ве разъяснено, члые обстоятельстутей, тошнота, лия, анафилакти и другие. Я приечная ригидно плергические реа	режден (а) о факторах риска и возможных ослож погут влиять на течение анестезиологического об и и родственниках. Я понимаю, что проведение ан с риском нарушений со стороны сердечно-сосудизма, непреднамеренным причинением вреда здого во время анестезиологического обеспечения мед ва и осложнения: кровотечение, повреждение зуборвота, мышечная слабость, повышение или сни ческий шок и другие аллергические реакции, парезыне, спинальные гематомы, воспаление мозговых обоинформирован (а), что применяемые препараты дость, психозоподобные (галюциногенные) эффекты кции, нарушение ритма сердца, воспаление вен, то иктика анестезиологического обеспечения медициноктика анестезиологического обеспечения медициноктика в предекты в пре	нениях, в ча беспечения, дестезиологич цистой, нерві ровью и даж цицинского в в и слизисто жение артеры и нарушені оболочек, ост для анестезиі и, угнетение ошнота, рвота	астности, о наличии о непереносимости неского обеспечения ной, дыхательной и ке неблагоприятным мешательства могути оболочки, травмы и чувствительности имеют следующий дыхания, бронхо-та, головокружение и тельства может быти о непремена и нества не неголовокружение и неголовокр
понят	Я ознакомлен (а ны. бровольно даю сво	о) и согласен (a) не согласие на	лью обеспечения максимальной защиты организма со всеми пунктами настоящего документа, положе проведение анестезиологического обеспечения м	ения которог	о мне разъяснены и
предл	оженном объеме и і	прошу врача о ег	о проведении		
	"	20	года. Подпись пациента/законного предс	<u>гавителя</u>	X
Врач				подпись)	X
			о.И.О., должность)		
выраз			ставителей или в случаях, когда состояние проведения лечения неотложна, решение о необ		

консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного

Решение врачебного консилиума (дежурного врача):

По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении анестезиологического пособия.

	лиум врачей: ., должность, подпись		
Ф.И.О	., должность, подпись_		
Ф.И.О	., должность, подпись_		
٠٠	,,	20	года

Приложение №4 к Приказу №	<b>0</b> T
---------------------------	------------

#### Информированное добровольное согласие

#### на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

(Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2009 г. N 19н, Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я	
	(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
проживающий (ая) по адрес	<u>''.</u>
Гъ <u>-</u>	
Этот раздел бланка зап	олняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,	
паспорт:	,выдан
являюсь законным пред	ставителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособ	- НЫМ:
	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
  - г) о выполнении предписаний медицинских работников.
- 2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»<sup>іі</sup>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(название прививки)

нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех термино	ов, и:
добровольно соглашаюсь на проведение прививки <sup>ііі</sup>	
	(название прививки)
(добровольно отказываюсь от проведения прививки	
· · ·	(название прививки)
несовершеннолетнему	
	рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/ ого наркоманией в возрасте до 16 лет)
до 15 лет, несовершеннолетнего больн	го законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте ного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего инолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)
Дата	
	(подпись)
Я свидетельствую, что разъяснил все вопр профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал	• •
Врач	Дата
(фамилия, имя, отчество)	(подпись)

"\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_\_ года

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от

Приложение №5 к Приказу №	ОТ
---------------------------	----

#### ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

(Федеральный закон № 323-Ф3 om 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российск	гой Федерации»)
Я	
проживающий (ая) по адресу:	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или не	едееспособных
граждан: Я,	
паспорт: ,выдан	_
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) реб	енка или лица,
признанного недееспособным:	дения)
Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении	
(название отделения, номер палаты) Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:	
(verpowing parts extensive)	
(название вида операции)  Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособ Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с ри кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложн стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.  Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут име осложнения, такие как кровотечение, перфорация перегородки носа с последующей установкой передней носа, боль в горле, парез мягкого неба (вследствие развития гнусавости, изменение голоса), рубцовый медиастинит, развитием бокового или заглоточного абсцессов, повреждение устья слуховой тру заболевания, воспалительные поражения глотки, обострение хронического воспаления лор-органо повышение температуры тела, затруднение носового дыхания, нарушение слуха, длительное образог тошнота и рвота, рубцовые изменения слизистой, возникновение воспалительных процессов в миндапространстве, регионарных лимфатических узлах, гематома\абсцесс перегородки носа, синехии\рубцы, си (аносмия), гипостезия в области верхнего неба, нарушение зрения, эстетические осложнения (измененноса, седловидная деформация, регракция колюмеллы), вторичное искривление перегородки носаноскопии (нарушение целостности стенки орбиты, кровотечения, слепота), назальная ликворея и дополнительных вмешательств и лечения.  Ме разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденны осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что ход операции могут потребоваться повторные операвозможными послеоперационными осложениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, поло	в известность, что ия.  иском потери крови, ений, нарушений со причинения вреда то место различные и задней тампонадый стеноз носоглотки, убы, отит, рецидив в, нагноение раны, зание корок в носу, алинах, заглоточном енсорные нарушения др., что потребует ве обстоятельства и мотрению. щии, в т.ч. в связи с согласие на это. то мне разъяснены и
" " 20 года. Подпись пациента/законного представителя	X
Врач (подпись) (Ф.И.О., должность)	X
(Ф.и.О., должность) При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина	не позволяет ему
при отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) вруведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответстврача и законных представителей.  Решение врачебного консилиума (дежурного врача):	лечения принимает рач с последующим
По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразі	ить свою волю.
отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведени вмешательства.	
Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись " 20 года	

## АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

## Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

(Федеральный закон № 323-Ф3 om 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

R	
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу:	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или н	елееспособилу
граждан: Я,	сдесспосооных
паспорт: ,выдан	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) реб	енка или лица
признанного недееспособным:	спка или лица,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рожд	цения)
Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении	
(название отделения, номер палаты)	
Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:	
кесарево сечение(название вида операции)	-
Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне. разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособ Мне ясно, что в процессе проведения кесарева сечения, врач, на основании профессионал расширить объем операции при выявлении заболеваний придатков, шейки и тела матки. Я разреше ситуации, предпринять в необходимых пределах дальнейшие действия, касающиеся диагностики заболевания, вплоть до удаления тела матки и ее придатков.  Я предупреждей (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с ри кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложне стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.  Я понимаю что послеоперационный период может сопровождаться болевыми ощущение ощущением слабости и недомогания в течение первых нескольких дней после операции.  Я понимаю, что выполнение операции кесарево сечение может приводить к следующим ос кишечника, крупных сосудов, мочеточника и мочевого пузыря, парез кишечника, перитонит, эндоме тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами, кровотечение, ранение или травма ребенка.  Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные опера возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которо понятны.  Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенимедицинский персонал его провести.	) в известность, что бия.  выного опыта, может  выного опыта, может  и и лечения моего  иском потери крови  нений, нарушений со  причинения вреда  изми внизу живота  сложнениям: ранение  стрит, тромбофлебит  щии, в т.ч. в связи о  согласие на это.  ито мне разъяснены и  поминения  и  помине разъяснены и  помине  и  помине  разъяснены и  помине  разъяснены  разъяснены  и  помине  разъяснены  разъяснены
" " 20 года. <u>Подпись пациента/законного представителя</u>	X
Врач (подпись)	X
(Ф.И.О., должность)	A
При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) вруведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответстврача и законных представителей.  Решение врачебного консилиума (дежурного врача):  По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразиотсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведенивмешательства.  Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись	лечения принимает рач с последующим твенного дежурного ить свою волю
"" 20 года	

## АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

#### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российск	гой Федерации»)
Я	
проживающий (ая) по адресу:	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или не	едееспособных
граждан: Я,	
паспорт: ,выдан	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) реб	енка или лица,
признанного недееспособным:	
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)	
Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении	_
(название отделения, номер палаты)	биого ноооби <i>а</i> н <del>о</del> и
Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного или лече родоразрешении через естественные родовые пути (нужное подчеркнуть):	оного пособия при
Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. Эпизиотомия, перинеоррафия, эпизиорраф	оия Амниотомия
Вакуум-аспирация полости матки после родов. Родовозбуждение, стимуляция раствором	
инфузомат. Ручное обследование полости матки.	
Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего медицинского вмешательства форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего лечения. Я поставлен (а) в известности вмешательство может быть выполнено с применением анестезиологического пособия.  Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с ри кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложне стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.  Я понимаю, что родоразрешение через естественные родовые пути может -приводить к следу разрыв промежности, влагалища, больших и малых половых губ, клитора, шейка матки, иматки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, симфиза, расхождение креспесочленения, повреждение нервных стволов, нарушение мочеиспускания и дефекации в после эндометрит повреждение плода: повреждение головки плода (разрывы, ссадины, кровог некроз), кефалогематома, подапоневратическая гематома, кровоизлияния в сетчатку глаза черепа, разрыв швов, внутричерепные кровоизлияния, повреждение нервов, сосудов, анемия, дерепа, разрыв швов, внутричерепные кровоизлияния, повреждение нервов, сосудов, анемия, дерепа, разрыв швов, котолойка плаценты, кровотечение, выпадение мелких частей патологические вставления головки, изменение положения плода, эмболия околоплодными вод Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в с послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё согласие на эт Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения котороп понятны. Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложени медицинский персонал его провести.	ь, что хирургическое иском потери крови, ений, нарушений со причинения вреда ющим осложнениям: ерфорация, разрыв юво-подвздошного еродовом периоде, подтеки, абсцессы п, перелом костей цистоция плечиков ождение черепных плода, пуповины, ами. евязи с возможными го. мне разъяснены и
" " 20 года. Подпись пациента/законного представителя	X
Pro	L V
Врач (подпись) (Ф.И.О., должность)	X
При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) вруведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответстврача и законных представителей.  Решение врачебного консилиума (дежурного врача):  По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента вырази отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведени вмешательства или лечебного пособия при родоразрешении через естественные реконсилиум врачей:  Ф.И.О., должность, подпись  Ф.И.О., должность, подпись  Ф.И.О., должность, подпись	лечения принимает рач с последующим венного дежурного ить свою волю, и оперативного
" " 20 года	

Приложение	№8 к І	Приказу	№	OT.

#### ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

## Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство (Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я	
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу:	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или н	недееспособных
граждан: Я,	
паспорт: ,выдан	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) реб	бенка или лица,
признанного недееспособным:	
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год	д рождения)
Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении	
(название отделения, номер палаты) Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:	
(название вида операции)  Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособ Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с р кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложе стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.  Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут име осложнения, такие как кровотечение, повреждение близлежащего органа, миграция и перелом фикса дополнительных вмешательств и лечения.  Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их ус Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные опера возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которо понятны.  Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложени медицинский персонал его провести.	развестность, что бия.  виском потери крови нений, нарушений со причинения вреда втора, что потребует в обстоятельства и мотрению.  видии, в т.ч. в связи обстоятельства и согласие на это. ото мне разъяснены и обстоятельства и согласие на это.
Врач (подпись)	X
Врач (подпись)	Λ
При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) в уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответс врача и законных представителей.  Решение врачебного консилиума (дежурного врача): По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выраз отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведени вмешательства.  Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись	плечения принимает рач с последующим твенного дежурного вить свою волю, ии оперативного
Ф.И.О., должность, подпись	
Ф.И.О., должность, подпись	

Приложение №9 к П	риказу №	ОТ
iipiiiiomeiine t :=> K ii	pilitus, vi-	O I

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

#### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

(Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации») (фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу: Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я. паспорт: ,выдан являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении\_ (название отделения, номер палаты) Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства: (название вида операции) Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия. Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода. Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как повреждение сосудов, нервов, кровотечение, повреждение близлежащего органа, перитонит,что потребует дополнительных вмешательств и лечения. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю своё согласие на это. Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести. " 20 года. Подпись пациента/законного представителя X (Ф.И.О., должность) При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей. Решение врачебного консилиума (дежурного врача): По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства. Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись Ф.И.О., должность, подпись 20 года

#### Приложение №10 к Приказу № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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

медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
(Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года, приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 №1051н» ) Я
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,
паспорт: ,выдан являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
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, утвержденный приказом
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля
2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для
получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной
помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ
«Тамбовская областная детская клиническая больница».
Медицинским работником
(должность, Ф.И.О. медицинского работника) 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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
" " 202 г. Подпись пациента/законного представителя
(Ф.И.О., должность) (подпись)
При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения
принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время –
ответственного дежурного врача и законных представителей. Решение врачебного консилиума (дежурного врача): По жизненным показаниям, в связи с
неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент
нуждается в проведении медицинского осмотра, диагностического обследования и лечения.
Консилиум врачей:
Ф.И.О., должность, подпись
Ф.И.О., должность, подпись

Ф.И.О., должность, подпись

6	,,	
		1

утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

#### Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медикосанитарной помощи

- 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.
- 4. Термометрия.
- 5. Тонометрия.
- 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
- 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- 13. Медицинский массаж.
- 14. Лечебная физкультура.
- 15. Эндоскопические методы обследования (эзофагогастродуоденоскопия, ларингоскопия, бронхоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия).

Приложение №10 к Приказу №	OT
----------------------------	----

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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

(Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года, приказ Министерства здравоохранения  $P\Phi$  от  $12.11.2021\,№1051$ н)

σ	12.11.2021 Nº1051n)
л	(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
прожива	ающий (ая) по
_	раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или пособных
гражда Я,	т:,выдан
паспорт	г:
являюс	ь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признан недеесп	особным:
– полно	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина стью, год рождения)
Перечен информ первичн социаль вмешате помощи я являю	иформированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в нь определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают пированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения ной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и вного развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских ельств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной и/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого рось (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница». инским работником Врач
ттедици	(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
с ними вероятн Мне ра вмешате случаев основах которы № 323-0 информ	пной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе пость развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В азъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских ельств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением в предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об сохраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, им в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана иация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем го я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
	(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
" " Врач	г. Подпись пациента/законного представителя
-	(Ф.И.О., должность) (подпись)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в

выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

Решение врачебного консилиума (дежурного врача): По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении медицинского осмотра, диагностического обследования и печения

лечения.
Консилиум врачей:
Ф.И.О., должность, подпись
Ф.И.О., должность, подпись
Ф.И.О., должность, подпись
"
"
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н
Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
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.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

14. Лечебная физкультура.

13. Медицинский массаж.

- 15. Эндоскопические методы обследования (эзофагогастродуоденоскопия, ларингоскопия, бронхоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия).
- 16. Цитогенетические исследования.

## Информированное добровольное согласие пациента на операцию переливания компонентов крови

(приказ M3 PФ от 28.10.2020 №1170н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология")

населению по профило тринефузиология )
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
проживающий (ая) по адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,
паспорт:
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) получил разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от переливания компонентов крови может осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья; Я соглашаюсь с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно  "
"" 20 года. <u>Подпись пациента/законного представителя</u> <b>Х</b>
Беседу провел врач (подпись врача).
"20 г.
При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача и законных представителей.  Решение врачебного консилиума (дежурного врача):  По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в переливания компонентов крови  Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись  Ф.И.О., должность, подпись  Ф.И.О., должность, подпись
" " 20 года

Приложение	№12 к	Приказу	No	ОТ	

## Предтрансфузионный эпикриз

Датаг. Время:_	-		
тромбоцитопении (нужное под массы, эритроцитарной взвеси	цчеркнуть) больному і і, отмытых эритроцито і (нужное подчеркнуті	ывания, продолжающегося кровоте показана трансфузия эритроцитарнов, свежезамороженной плазмы, о, в о казаний не выявлено.	рй
	Фамилия	Подпись	
	Посттрансфузионі	ный эпикриз	
Датаг. Время:_	-		
Трансфузия проведена. Осл	южнений не выявлено		
Контроль ОАК и ОАМ на _	<u>, ,  </u> r.		
	Фамилия	Подпись	
	Эффективность	грансфузии	
Датаг. Время:_	-		
Взяты контрольные ОАК и	OAM.		
эритроцитов, свежезаморожен подчеркнуть), лабораторно НС	ной плазмы, тромбоц GB гр/л, НСТ %, I	ы, эритроцитарной взвеси, отмыты итарного концентрата (нужное PLT 10 <sup>9</sup> /л, данные за продолжают доставленная задача доставленная доста	щееся
	Фамилия	Подпись	

(приказ МЗ РФ от 28.10.2020 №1170н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология")

#### Добровольное информированное согласие на аппаратную интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов

В ГБУЗ «Тамбовская осуществляется услуга по методике аппаратной интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов. Данная методика дает возможность обеспечить пациента аутоэритроцитарной взвесью. Проведение указанной процедуры не сопровождается возникновением осложнений и не несет в себе каких-либо неблагоприятных последствий для здоровья пациентов.

Итогом услуги является приготовление и использование аутоэритроцитарной взвеси, что снижает риск возникновения гемотрансфузионных осложнений и исключает возможность заражения гемотрансмиссивными инфекциями – ВИЧ, гепатиты, сифилис, цитомегаловирус, вирусы герпеса и др.

Настоящая услуга заключается в наллежащем выполнении указанного выше медицинского

вмешательства в связи с
указать диагноз
Я
Мне
Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы. Беседу провел врач
Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно (подпись пациента),
или что удостоверяют присутствовавшие при беседе (подпись врача),
(подпись свидетеля). Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно(подпись пациента), или что удостоверяют присутствовавшие при беседе (подпись врача),(подпись свидетеля).

	-	онсилиума (дежурно 1, в связи с неспосо	- /	пиента выра	азить свою во	лю.
отсутствием	законных	представителей зии аутоэритроците	ребёнка,		нуждается	В
Консилиум врачей: Ф.И.О., должность,						
Ф.И.О., должность,	подпись					
Ф.И.О., должность,	подпись					
···	20	_ года				

Приложение №14 к Приказу № от
-------------------------------

## Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства (госпитализации)

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я, ф.и.о полностью., число, месяц, год рождения)	
Адрес:	
<u>Паспортные данные</u> : серия№ выдан	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 ло	ет, или недееспособных
граждан: Я,	
паспорт:	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечител	ь) ребенка или лица,
признанного недееспособным: (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)	
Информирован (а) в беседе с врачом о состоянии здоровья моего ребенка:	
Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения, а также г задавать интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, мето хирургических вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего ребенка).  Также в беседе с врачом была проинформирована о возможных последствиях, медицинского вмешательства (госпитализации), в том числе о возможных осл	одах лечения, в том числе и оего заболевания , связанных с отказом от
На все интересующие вопросы я получил (а) понятные ответы. После получен соответствующих разъяснений, я добровольно выражаю отказ от медицинско (госпитализации). Я не буду иметь какие-либо претензии к руководству и персоналу больницы в последствий вследствие принятого мною решения.	ого вмешательства
Подпись врача, истребующего отказ	Дата
Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа и согласна с ними.	
Подпись пациента (законного представителя)	Дата

Приложение	№14 к Г	Іриказу Л	№ от	
11pmilomenine	U 1= I I I I	ipiiii	· ·-	

## Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства (госпитализации)

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я,	
ф.и.о полностью., число, месяц, год рождения)	
Адрес:	
<u>Паспортные данные</u> : серия№ выдан	
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 л	иет, или недееспособных
граждан: Я,	
паспорт:	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечит	гель) ребенка или лица,
признанного недееспособным: (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)	
Информирован (а) в беседе с врачом о состоянии здор	ровья моего ребенка:
Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения, а также г задавать интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, метод хирургических вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моег моего ребенка).  Также в беседе с врачом была проинформирована о возможных последствия медицинского вмешательства (госпитализации), в том числе о возможных	цах лечения, в том числе и о заболевания (заболевания х, связанных с отказом от
На все интересующие вопросы я получил (а) понятные ответы. После соответствующих разъяснений, я добровольно выражаю отказ от мед (госпитализации).  Я не буду иметь какие-либо претензии к руководству и персоналу больницы в с последствий вследствие принятого мною решения.	цицинского вмешательства
	Дата
Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа и согласна с ними.	дата

Приложение	№16 к Приказу №	` от
11pmoment	till it inplicately the	- 01

## **Информированное** добровольное согласие на назначение лекарственного препарата, незарегистрированного в Российской Федерации.

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

R
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения) проживающий (ая) по адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
$(\Phi. \text{И.О.}$ законного представителя (родителя(лей), усыновителя(лей), опекуна(ов), попечителя(лей) полностью)
согласен(а) на назначение моем
ребенку
лекарственного препарата, незарегистрированного в Российской Федераци. (название)
<ol> <li>Я в полной мере проинформирован (а) о целях, возможном риске, последствиях результатах назначения данного лекарственного препарата.</li> <li>До меня доведена информация, что контроль качества вышеуказанног незарегистрированного в РФ лекарственного препарата на территории РФ н осуществляется, о случаях возникновения нежелательных реакций, а так же пр неэффективности лечения необходимо сообщить лечащему врачу.</li> <li>Я знаю, что препарат следует давать ребёнку в строгом соответствии с протоколого Федерального консилиума, хранить в соответствии с инструкцией.</li> <li>До меня доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочны эффектах и осложнениях, возникающих при применении данного лекарственног препарата в соответствии с инструкциями по их применению, возможност ознакомления с которыми мне была предоставлена.</li> <li>Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы по применения данного лекарственного препарата. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданны мной вопросы.</li> <li>Мое решение является добровольным и представляет собой информированно согласие на назначение вышеуказанного лекарственного препарата незарегистрированного в РФ.</li> </ol>
D and
Врач «»20 1 (Должность, Ф.И.О, Подпись)

## Информированное добровольное согласие на оформление рецепта в форме электронного документа и обработку персональных данных

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федераиии»)

Феоерации») Я
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
проживающий (ая) по
адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан:
R,
паспорт: ,выдан
•
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
в соответствии с требованиями приказа от 11 июля 2017 года № 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность» и Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения подтверждаю свое согласие на формирование рецепта в форме электронного документа, а также на обработку  моих, лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных, необходимых для оформления рецепта в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.
Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия — аптечным организациям, а также иным участникам программы льготного лекарственного обеспечения мои , лица, законным представителем которого являюсь ,
персональные данные, необходимые для оформления рецепта в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.
Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.  Настоящее согласие дано мной «» года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

	,,	20 г. Подпись пациента/законного представителя	X
Врач		(подпись) (Ф.И.О., должность)	X
« <u> </u>		г. (дата оформления)	

на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии

# Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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

(Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н )

Я,					,
<i>''</i>		(Ф. И. О. гра			
«»				рождения, зарегі	истрированный
по адресу:		(alther Mecta wutelletha fr	ражданина либо законного пр	пелставителя)	,
Этот раздел блан	ка заполняется	только на лиц, не	достигших возр	аста 15 лет, или	недееспособных
граждан: Я,					
паспорт:		,выдан			
	представителем	м (мать, отец, усын	овитель, опекун	, попечитель) реб	бенка или лица,
признанного недееспособным:					
подессиоссопым	(Ф.И.О. ребенка	а или недееспособного	р гражданина – по	олностью, год рожд	дения)
при оказании мн	е первичной м	медико-санитарной	помощи в		
		(полное наименование медип	цинской организации)		
определенных информированно получения перви здравоохранения	видов меді ое добровольн ичной медико и и социальног н Министерст	ное согласие при в о-санитарной помо го развития Россий гвом юстиции Рос	ательств, на ыборе врача и ощи, утверждой бедерат сийской Федерат	которые го медицинской обенный приказом ции от 23 апреля	раждане даю организации дл и Министерств и 2012 г. № 390
Медицинским ра	аботником				·
			(должность, Ф. И. О. ме	едицинского работника)	
вышеуказанных осложнений забов осуществлени которых оформл	видов мединолевания (сости одного или ен настоящий	орме мне разъяс щинских вмешате гояния). Мне разъя и нескольких видо и отказ, я имею пра виды) медицинског	льств, в том снено, что при ов медицински во оформить и	и числе вероят и возникновении их вмешательст информированн	тность развити необходимост в, в отношени
,,	20	г. Подпись паці	иента/законного	представителя	X

Врач	(подпись)	X
	(Ф.И.О., должность)	
При о	отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние	гражданина не
позволяет	ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечен	ия неотложна,
	необходимости лечения принимает консилиум, а при невозмож	
-	- непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим	=
-	рача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время –	ответственного
• 1	врача и законных представителей.	
	ние врачебного консилиума (дежурного врача):	
	кизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента в утствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается	
,	отствием законных представителей реоенка, пациент нуждается кого осмотра, диагностического обследования и лечения.	в проведении
медиципек	toro demorpa, ghar noern reckoro doesiegobanna n sie ienna.	
Консилиум	м pnanoй•	
	пжность, подпись	
Ф.И.О., дол	лжность, подпись	
Ф.И.О., дол	лжность, подпись	
77		
« »	Γ.	

(дата оформления)

## Информированное добровольное согласие на прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке до или более 12 недель беременности.

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ Министерства Здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. N 216н)

Я,	
	ФИО, дата рождения полностью
проживающая по ад	pecy:
Этот раздел бланка з	ваполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,	
•	DAYTON
паспорт:	,выдан
являюсь законным пр	редставителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспос	собным:
	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
прошла обследовані	ие (УЗИ плода) и консультацию специалистов (акушер-гинеколог, генетик,
	диолог, невролог) в консультативно-диагностическом отделении
Перинатального цен	тра ГБУЗ «ТОДКБ»
Диагноз:	
	ую патологию у плода, я согласна на прерывание беременности
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
по медицинским по	казаниям мстодом

Мне в доступной форме разъяснены возможные последствия и осложнения.

По моей просьбе были объяснены непонятные медицинские термины, мною были заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы.

Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом о том что:

- имею право на искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;
- при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности, могут возникнуть осложнения.

#### Во время проведения искусственного прерывания беременности:

- осложнения анестезиологического пособия;
- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
- кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

Осложнения после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

- бесплодие;
- хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки;
- нарушение функции яичников;
- тазовые боли;
- внематочная беременность;
- невынашивание беременности;
- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах (преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде);
- психические расстройства;
- опухолевые процессы матки;
- скопление крови в полости матки;
- остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки.

Дата, подпись пациента	
Дата, подпись лечащего врача_	

## Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женшины

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»,

приказ Министерства здравоохранения РФ от / апреля 2016 г. N 216н) Я
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
проживающий (ая) по адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,
паспорт: ,выдан
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
Я, нижеподписавшаяся, ,
года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания
беременности (нужное подчеркнуть):
медикаментозным методом;
путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека),
которая проводится под обезболиванием.
1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для
обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):
48 часов;
7 дней*.
В течение указанного периода:
я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских
противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ)
органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его
сердцебиение (при наличии сердцебиения)**: "" 20 г. (указать дату проведения
согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства,
оформленного в установленном порядке);
я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной
работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.
2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:
о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать
беременность;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

#### бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

#### 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент	(фамилия, имя, отчество)	(подпись)		
Врач	(Ф.И.О., должность)	(подпись)	X	
Дата ""	20 г.			

## Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному

(Федеральный закон № 323-Ф3 от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606)

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)				
оживающий (ая) по адресу:				
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных				
раждан: Я,				
аспорт: ,выдан				
вляюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,				
ризнанного недееспособным:				
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)				

, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;
- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;
- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения. Я обязуюсь:
- проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Пациент	(фамилия, имя, отчество)	(подпись)		
Врач	(Ф.И.О., должность)	(подпись) Х		
Дата ""	20г.			

## Информированное согласие на проведение обследования н а ВИЧ-инфекцию

(Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральный закон от 30.03.1995 г. N 38-ФЗ)

Я
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)
проживающий (ая) по адресу:
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
граждан: Я,
паспорт: ,выдан
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или нелееспособного гражданина – полностью, год рождения)

,настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.
- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.
- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продлевает жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
- 1) при сексуальных контактах без презерватива;
- 2) через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;
- 3) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

		ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опа	
		иями половых органов, грудным молоком) с ин	
		известным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в	
		ий, для того, чтобы избежать заражения СПИДог	
		дохранения. Например, всегда пользоваться пре	
		ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать зараж	
при нарушении целостнос	ти кожн	ых покровов можно, используя только стерильн	ые инструменты.
- Результаты тестировани послетестовом консультир		ИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает	консультант при
- С вопросами можно обра	титься і	в территориальный центр СПИД.	
٠٠ ,,	20	года. Подпись пациента/законного представителя	X
		104 1104en magnonta sakonnoto npegetabirteibi	
Врач		(подпись)	X
Со мной проведена после	e tector	яя консупьтания.	
проведени пост	. 100102	wa konejvia i wana	
" "	20	года. Подпись пациента/законного представителя	X
	∠U	TO/IA. TTO/ITIVICE HAITIVICHTA/SAKUHHUTU HUC/ICTABN IC/IX	/\

Врач <u>(подпись)</u> | **Х** 

## КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

## Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

проживающий (ая) по адресу:_	(do	MITTIG HAG OTHER	ство – полностью, ,	TOTO SONSTOLLIA	.)		
· · · - · ·			тво – полностью, ,	дата рождения			
Этот раздел бланка заполн				их возрас	га 15 лет, ил	и недеесі	пособны
раждан: Я,							
аспорт:	DITTO TOLE	,выдан		OTTOM III			
вляюсь законным представ ризнанного недееспособным:		мать, отец,	усыновитель,	опекун,	попечитель) р	есенка и	пли лица
уизнанного педесеносооным.		Ф.И.О. ребенка ил	и недееспособного	р гражданина -	- полностью, год ро	эждения)	
Добровольно даю своё пренатальной диагностики хрипревышает 1%. При наличи самопроизвольного прерывания беременности после операции не Результаты цитогенети определить кариотип у плода с в С вероятностью 1-2% для проведения исследования, нежелания пациентки перинаталя Я подтверждаю, что м возможностях, предполагаемог удовлетворяющие меня разъяст свободным и осознанным. Я предупрежден (предвозможными послеоперационны Я ознакомлен (а) и сог понятны. Я добровольно даю се медицинский персонал его прове	омосомных то, что риск и исходно то беременно то полученный что может выла про то исследонения. Моё трасен (а) с вое согласи	с или моногенна гибели плода го нарушения сти после оперт популяционни следования в ти оболее 99%. В тотребовать оз не будет посредоставлена инфания. Я обоз согласие на готребовать обоз семи пункта обоз всеми пункта	ых болезней плесамопроизвольней или ации увеличиваемй. Пичных случаях иматериал може повторной опертавлен. Формация о метериила все интероведение предлучаев могут потобенностями теми настоящего дами настоя	ода (нужное ого прерыва пороков разется до 5-30% позволяют ет быть непрации, а при оде оператив тересующие поженного стребоваться пения заболендокумента, п	подчеркнуть). ния беременност вития плода ра б. Риск каких-ли исключить хром игодным по кол невозможности ного вмешательс меня вопросы, оперативного вме повторные опера вания, и даю свое оложения которо	ти после оп иск гибели бо иных об осомные бо ичеству ил её выпольства, диагно получила ешательства вции, в т.ч. в согласие н ого мне раз	перации не плода и сложнений олезни или и качеству нения или остических а на них а является в связи с на это.
(6 2)	20	года. Подпи	ись пациента/за	аконного п	редставителя	X	
•							
Врач					(подпись)	X	
Врач	(Ф.1	И.О., должность)			(подпись)	X	
При отсутствии закони выразить свою волю, а необхоконсилиум, а при невозможно уведомлением главного врача, врача и законных представител Решение врачебног По жизненным по отсутствием законных п вмешательства.  Консилиум врачей: Ф.И.О., должность, подпись —	ных предсодимость прости собрамость собрамость, а в выход лей.  Го консилоказаниям представи	и.О., должность ил роведения лечеть консилиум ные, празднич иума (дежури, в связи и телей ребён	и в случаях, к ения неотложна — непосредстве ные дни, вечерного врача): с неспособно ка, пациент	, решение с нно лечащи нее и ночнос остью пап нуждаетс	иние гражданин о необходимости й (дежурный) в е время – ответо циента выраз я в проведен	а не позво плечения г рач с посл ственного д вить свои ии опера	принимае педующим цежурного на волю