

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №39»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

г. Санкт-Петербург

Данный документ свидетельствует о том, что пациенту сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что он согласен с названными ниже условиями.

Я,

_____ (Ф.И.О. пациента полностью)
_____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: Санкт-Петербург,
_____ паспорт _____ (серия) _____ (номер) выдан

— _____ (дата и наименование выдавшего органа)
даю информированное добровольное согласие для получения паллиативной медицинской помощи (паллиативной специализированной медицинской помощи) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39» на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, пульсоксиметрия.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
11. Лечение пролежневых ран, контрактур и других осложнений.
12. Мероприятия ухода за дренажами, стомами, катетерами, зондами.
13. Коррекция противоболевой терапии, в т.ч. рекомендации по назначению сильнодействующих анальгетиков.

Медицинским работником _____

_____ (ФИО, должность 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне разъяснено, что отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменном виде. Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мною прочитаны, разъяснены, поняты. Я имел (-а) возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы в доступной форме.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ (ФИО гражданина (поверенного лица) полностью, его контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (ФИО пациента)

_____ (подпись) _____ (ФИО медицинского работника)

Дата оформления информированного добровольного согласия «__» _____ 202_ г.