

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ИДС) НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ  
ЗДОРОВЬЯ, ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ ТРЕТЬЕМУ ЛИЦУ В ТОМ ЧИСЛЕ И ПОСЛЕ СМЕРТИ  
(амбулаторный этап, дневной стационар) (нужное подчеркнуть)**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента,  
или законный представитель \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя, родственная связь, паспортные данные)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», при оказании мне медицинской помощи в ГБУЗ СК «Крайовой клинический кардиологический диспансер» расположенный по адресу г. Ставрополь, ул. Пригородная 224 А, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом МЗ и СЦ РФ от 23 апреля 2012г 390н на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе антропометрические исследования, термометрия, пальпация, перкуссия, аускультация, тонометрия, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Проведение мне (представляемого) в соответствии с назначением врача:

-лабораторных методов обследования, в том числе клинических (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов), биохимических, бактериологических, вирусологических, серологических реакций на сифилис, иммунологических, микробиологического исследования отделяемого на аэробные и факультативно – анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам, анализ крови на выявление антител к ВИЧ 1 и ВИЧ 2

-функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографические, суточное мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, нагрузочные пробы, программа постоянного имплантируемого антиаритмического устройства;

-ультразвуковые исследования : эхокардиография, чрезпищеводная эхокардиография дуплексное сканирование (доплерография) сосудов брахиоцефальной области, дуплексное сканирование (доплерография) сосудов ( вен, артерий) нижних конечностей, ультразвуковое исследование плевральных полостей, печени, почек, желчного пузыря, щитовидной железы, чрезпищеводное электрофизиологическое исследование ,

-рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, компьютерная томография сердца, легких

- физиолечение : магнитотерапия, электрофарез, дарсонвальфраклинизация, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, диодинамотерапия

- эндоскопические методы ( ЭФГДСК, по – показаниям)

- лечебные мероприятия: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутримышечно;

\_\_\_\_\_ (дополнительную информация вписать или нужное подчеркнуть)

Необходимость применения дополнительно других методов лечения, мне будет разъяснено дополнительно

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы диагностических и лечебных процедур, возможные варианты медицинских вмешательств, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений (непреднамеренное причинение вреда здоровью). Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения и имел (а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно лечения, получил на них удовлетворяющие меня ответы. У меня было право выбора метода лечения.

Я знаю, что обязан (а) не скрывать и поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях,

