

**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, наргузочные пробы, программа постоянного имплантируемого антиаритмического устройства;

-ультразвуковые исследования : эхокардиография, чрезпищеводная эхокардиография дуплексное сканирование (доплерография) сосудов брахецефальной 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, внутривенно;

\_\_\_\_\_ (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,

принимаемых лекарственных средствах, сообщать правильные сведения о моей наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (а) с правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебном учреждении, и обязуюсь их соблюдать. В соответствии со статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», согласно моей воли, в доступной для меня форме, мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнений моего заболевания.

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

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 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я предупрежден (а), что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я (НЕ) согласен (а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами СтГМУ в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны (нужное подчеркнуть/обвести).

Я (НЕ) даю согласие на использование информации об обследовании, лечении для научных исследований и публикаций в научной литературе (без указания личных данных), в том числе и после смерти (нужное подчеркнуть/обвести).

Я разрешаю, в моих интересах, представить сведения составляющие врачебную тайну, (сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении), в соответствии с пунктом 1 статьи 13, пунктом 5 части 5 статьи 19 и части 7 статьи 20 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе и после смерти следующим лицам \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(степень родства, Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я запрещаю разглашение сведений, составляющих врачебную тайну в том числе после смерти супругу (супруге), близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам) нужное подчеркнуть и вписать \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(степень родства, Ф.И.О. гражданина)

Я не стал (а) бы подписывать данную форму, если бы все пункты, включая мои вопросы, не были мне объяснены, а полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяли, или, если бы я не понимал (а) каждый термин или слово, содержащийся в данном документе

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента или его законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Примечание:** ИДС составлено в соответствии с №323-ФЗ и приказами МЗ РФ от 12.11.2021 №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», о Приказа МЗ и СЦ РФ от 23.04.2012 №390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»