Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 12 ноября 2021 года N 1051н

Информированное добровольное согласие на консультацию врача-специалиста

Я, _____г.р.,
зарегистрированн(а) по адресу_____
_____
даю информированное добровольное согласие на консультацию врача специалиста, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

Обществе с ограниченной ответственностью «КОСМОКОСМОС».
(полное наименование медицинской организации)

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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Мне в полной мере и в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я проинформирован(а) о необходимости пройти назначенные врачом медицинские обследования и лабораторные исследования, и понимаю, что это делается в моих интересах.

Мне разъяснены возможные риски и последствия приёма:

В ходе осмотра могут возникать дискомфорт, усиление болевых ощущений в исследуемой зоне, в силу анатомических, психологических особенностей пациента, а также в силу особенностей течения самого заболевания.

При измерении артериального давления могут возникать неприятные ощущения в области сдавления манжеткой плеча.

При осмотре, в силу необходимости изменения положения тела, может произойти усиление головокружения, болей в позвоночнике или суставах, головная боль.

Подробное описание жизненных обстоятельств и особенностей течения заболевания, может вызвать ухудшение эмоционального фона в силу личностных особенностей пациента.

Некоторый эмоциональный дискомфорт может быть вызван воспоминанием о психотравмирующей ситуации, приведшей к заболеванию, а также в силу страхов и сомнений самого пациента.

В силу особенностей течения некоторых заболеваний, расспрос врача и упоминание о психотравмирующих ситуациях может вызывать плаксивость и ощущение усиления сердцебиений.

В силу индивидуальных особенностей пациента, может возникнуть реакция на пребывание в медицинской организации, проявляющаяся в виде повышения артериального давления, а также появления одышки и чувства нехватки воздуха.

Важно: при возникновении любых необычных, неприятных, болезненных ощущений, возникающих во время проведения медицинской манипуляции и после нее, обязательно сразу сообщите об этом лечащему врачу.

Возможные результаты приёма. После первичной консультации: постановка предварительного диагноза, получение рекомендаций по необходимому обследованию, лечению, режиму, диете, физическим нагрузкам, открытие. После повторной консультации: постановка окончательного диагноза, оценка динамики состояния здоровья в процессе лечения, определение необходимости дополнительного обследования и коррекции лечения, рекомендации по профилактическим мероприятиям. В особо сложных диагностических случаях, по решению лечащего врача, с целью уточнения диагноза, может быть проведен консилиум врачей, требующий участия специалистов разного профиля. Направление на экстренную или плановую госпитализацию, вызов бригады скорой медицинской помощи. Выдача справки или заключения по установленной форме.

Я проинформирован(а) о необходимости рассказать лечащему врачу о всех перенесенных инфекционных, вирусных заболеваниях, хирургических вмешательствах, об имеющихся у меня вредных привычках, об известных мне аллергических реакциях, о принимаемых мною лекарственных средствах и понимаю, что утаивание информации может принести вред моему здоровью и жизни.

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.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:_____ (указать какие, если имеются исключения)

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать. Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я даю согласие на формирование ЭМК и выгрузки данных в РЭМД.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь_____ (ненужное зачеркнуть)

_____.

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

«____»_____202__г.