**Министерство здравоохранения Московской области**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области**

**«Московский областной перинатальный центр»**

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение (госпитализацию)**

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя

настоящим подтверждаю, что в соответствии с Федеральным Законом № 323 от 9 ноября 2011 и Приказа Министерства здравоохранения РФ № 1177Н от 20.12.12 «Об утверждении порядка дачи информированного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства» в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии своего здоровья или здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного (недееспособность необходимо подтвердить документом)

представляемого мной на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем и когда выдан^паспорз; военный билет)

а именно о нижеследующем:

о наличии, характере, степени тяжести, а также возможных осложнениях своего (представляемого мною лица) заболевания; о необходимости настоящей госпитализации; о предварительном плане обследова­ния и лечения; о цели, характере и объеме планируемого обследования, способах его проведен ия в ходе госпитализации; о планируемых методах лечения, которые будут применяться в ходе госпитализации в ГБУЗ МО «МОПЦ»; о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, в том числе о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств; о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания в зависимо­сти от изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, в том числе о необхо­димости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств и других методов лечения.

Я уполномочиваю врачей ГБУЗ МО «МОПЦ» выполнять любую процедуру или дополнительное вмешательство, приглашать, в случае необходимости, на консультацию дополнительных специалистов, которые могут потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Кроме того, мне объяснено, что в течение моей (представляемого мною лица) госпитализации мо­жет потребоваться перевод меня (представляемого мною лица) из одного отделения ГБУЗ МО «МОПЦ» в другое отделение ГБУЗ МО «МОПЦ».

Мне разъяснено, что в случаях, когда мое состояние’ не позволяет выразить свою волю, а не­

обходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, его виде и тактике, дополнительном медицинском вмешательстве решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ГБУЗ МО «МОПЦ».

Лечащий врач имеет право предложить мне приобрести лекарственные препараты, не входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, определенных Московской областной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помо­щи, за счет моих личных средств или средств добровольного медицинского страхования, однако я право выбора оставляю за собой.

Со мной также обсуждены последствия отказа от обследования и лечения, разъяснена возмож­ность отказа от госпитализации.

Я обязуюсь (за себя и/или представляемого мною лицо) в течение всей госпитализации соблю­дать внутренний режим, установленный в ГБУЗ МО «МОПЦ», четко соблюдать все рекомендации леча­щего врача, бережно относиться к имуществу ГБУЗ МО «МОПЦ».

Я предупрежден(а) (за себя и/или представляемого мною лицо), что за нарушение внутреннего режима ГБУЗ МО «МОПЦ» могу быть досрочно вылисан(а) домой с соответствующей отметкой в вы­писке и больничном листе.

Мне разъяснено, что администрация ГБУЗ МО «МОПЦ» не несет ответственности за мои личные и ценные вещи.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предлюженное мне (представляемому мною лицу) обоснование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального Закона № 323 от 9 ноября 2011, даю свое согласие на госпитализацию. Мое согласие бессрочно, но я имею право прервать свою госпитализацию, независимо от рекомендаций лечащего врача, путем письменного заявления.

Я даю согласие на сбор у меня анамнеза, проведение мне общего осмотра (в т.ч. проведению пальпации, перкуссии, аускультации, вагинального исследования), проведение мне необходимых антропометрических исследований, тонометрии, термометрии.

Я даю согласие на проведение мне всех необходимых для моего лечения лабораторных методов обследования (в т.ч. клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических иммунологических), функциональных методов обследования (в т.ч. проведение электрокардиографии кардиотокографии, ультразвуковых и пр. методов исследований), а также рентгенологических методе исследования.

Я даю согласие на прием и введение мне лекарственных препаратов по назначению врача (в т. внутрь, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно) в течение всего периода нахождения меня в стационаре.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на госпитализацию в ГБУЗ МО «МОПЦ» мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я обязуюсь четко исполнять все назначения и рекомендации врача.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента (его законного представителя):

Ф.И.О. врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Если пациент(ка) по каким-то причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников ГБУЗ МО «МОПЦ»*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

**Я, информирована о том , что с целью антитеррористической и пожарной безопасности, обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской Деятельности в ГБУЗ МО «МОПЦ» ведётся видеонаблюдение.**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**О состоянии моего здоровья разрешаю информировать моего(ю)**

**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**

**Номер м. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**