

**Информированное добровольное согласие пациента на госпитализацию и медицинское вмешательство**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рождения  
(фамилия, имя, отчество пациента полностью, год рождения)  
**проживающий(ая) по адресу:**

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое информированное добровольное согласие на госпитализацию в ООО «Медицинский центр АРТ-ЭКО» и следующее медицинское вмешательство:

Я подтверждаю, что медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

мне в полной мере и в доступной форме предоставлена информация о целях, методах оказания вышеуказанной медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и **Я ДОБРОВОЛЬНО СОГЛАШАЮСЬ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.**

Я получил(а) подробные объяснения по поводу своего заболевания, инструкции по поведению до и после вмешательства, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и применение лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений, не обусловленных некачественным оказанием медицинских услуг: кровотечение; тромбоэмболические осложнения; обострение сопутствующих заболеваний; аллергические реакции, а также иные осложнения.

В случае возникновения во время лечения осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю свое согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренных утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

До моего сведения также доведено, что в ходе проведения лапароскопической операции по медицинским и жизненным показаниям возможно возникновение необходимости в расширении объема оперативного вмешательства (лапаротомия), на что я добровольно (отметить необходимое)

- даю \_\_\_\_\_ свое согласие;  
подпись
- не даю \_\_\_\_\_ своего согласия.  
подпись

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

До меня была доведена исчерпывающая информация о всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения/использования медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я согласен/согласна на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезиологического пособия), за исключением:

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 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», также даю свое добровольное согласие на проведение, при необходимости, следующих медицинских вмешательств: опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе, пальпация, перкуссия, аускультация, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование; антропометрические исследования, в том числе термометрия, тонометрия; лабораторные методы исследования, в том числе, клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том

числе, электрокардиография, кардиотокография; ультразвуковые методы исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые иные диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми. Я также осознаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов. Я осведомлен/осведомлена, что нарушение врачебных рекомендаций и показаний, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию/возникновению местных или общих осложнений, а также снижает качество оказываемых медицинских услуг. Я также понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для достижения моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения по объективным причинам не может быть предоставлено.

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:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

ФИО, подпись пациента

---

ФИО, подпись врача

---