

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение медицинского вмешательства**  
(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

г. Москва

П

Я, г. рождения, проживающий(-ая) по адресу: ], именуемый(-ая) в дальнейшем «**Пациент**», настоящим подтверждаю, что мне разъяснены сведения о состоянии моего здоровья и необходимый, и подлежащий выполнению, в связи с этим объем диагностических и лечебных манипуляций.

Настоящим я даю свое добровольное информированное согласие на виды медицинских вмешательств при оказании мне медицинских услуг в **Обществе с ограниченной ответственностью «Медицинский центр АРТ-ЭКО»**, именуемом в дальнейшем «**Клиника**».

Заклячая Договор возмездного оказания медицинских услуг с Клиникой, я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу выполнение всех необходимых и показанных мне медицинских манипуляций и вмешательств, в том числе, но, не ограничиваясь этим:

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса пациента совокупности сведений о пациенте и его заболевании (выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространённости процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессиональной принадлежности, предыдущего лечения) с целью установления диагноза, прогноза течения заболевания, выбора оптимальных методов лечения и профилактики;
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста (посредством ростомера), веса (посредством взвешивания на медицинских весах), некоторых функциональных признаков - окружности грудной клетки (посредством сантиметровой ленты), жизненной емкости легких (посредством совершения вдохов и выдохов в специальный прибор), мышечной силы кистей и мышц разгибателей спины, определение окружности плеча, предплечья, бедра, голени, живота, шеи и диаметра грудной клетки, передне-заднего ее размера, диаметра таза и т.д.;
- выполнение термометрии с целью оценки температуры тела для определения лихорадочных и гипотермических состояний;
- выполнение тонометрии, то есть измерение артериального давления при помощи тонометра, манжета которого одевается на запястье или плечо, сдавливает артерию, определяя показатели кровяного давления;
- выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязывающей руки для определения свойства тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности исследуемого органа), перкуссии (метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных участков тела и анализе возникающих при этом звуковых явлений с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции легких, сердца, желудка, печени, селезенки), аускультации (метода физикальной диагностики, заключающегося в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов), риноскопии (метода исследования носовой полости с целью ее осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала или через рот и носоглотку при помощи шпателя), фарингоскопии (метода визуального исследования глотки с использованием шпателя, носоглоточного или гортанного зеркал, лобного рефлектора и других инструментов), непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала), вагинального исследования для женщин (представляющего собой гинекологический осмотр в гинекологическом кресле, включающего осмотр наружных половых органов, области заднего прохода, внутреннего осмотра влагалища и шейки матки при помощи медицинских зеркал, ручное влагалищное исследование посредством введения во влагалище указательного и среднего пальцев), ректального исследования (пальцевое и инструментальное обследование, выполняемое через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей);
- выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, то есть методов исследования химических и физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней;
- проведение функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, реоэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных) с целью выявления ранних, скрытых признаков заболевания и стадии его развития, определения показаний к проведению терапии, контроля эффективности лечения и его исхода;
- выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента;
- выполнение доплерографических исследований, то есть ультразвукового скрининг- метода (необходимого и достаточного) диагностики состояния кровеносных сосудов, основанного на оценке изменения частоты ультразвуковых волн, отраженных от подвижных структур – форменных элементов крови;
- введение лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно (при этом выбор способа введения препарата определяется химическими свойствами действующего вещества, степенью тяжести заболевания, расположением органа или системы, возможностью подбора дозировки препарата и скоростью наступления эффекта).

Мне разъяснено, что выполнение показанных мне медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья, определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.

Мне разъяснено и понятно содержание, характер и цели выполнения показанных мне медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств.

Мне в доступной форме представлена информация о том, в чем именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на мое здоровье и наступление каких возможных последствий для моего здоровья в итоге оказания услуги является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе возможность возникновения неприятных и /или болевых ощущений во время и/или после проведения процедур, развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции

(появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока), возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обуславливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерические реакции, развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, развития кровотечения, тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции при нарушении техники безопасности введения препаратов, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

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

Мне разъяснено и понятно, что отказ от выполнения показанных мне медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги.

Я 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, о наличии у меня в прошлом и в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции), а также злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я осведомлен(а), 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 мне медицинских услуг.

Я 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.

**При подписании договора возмездного оказания медицинских услуг мне вышеуказанная информация разъяснена и понятна.**

---

пациент(ка) подпись и расшифровка

□  
дата

---

сотрудник Клиники подпись и расшифровка

дата

**Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ознакомился(ась) с планом лечения, принял(а) решение получить медицинскую услугу на вышеперечисленных условиях и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе обследования и лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния моего здоровья.**

**Иные вопросы у меня отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги. Со всеми пунктами настоящего документа я ознакомлен(а) и согласен(а) с ними.**

---

пациент(ка) подпись и расшифровка

---

сотрудник Клиники подпись и расшифровка

дата