

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (осмотр и консультация)

Основание - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 323-ФЗ от 21.11.2011.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА> информирован (а) лечащим врачом – стоматологом о необходимости проведения медицинского вмешательства (план обследования, рекомендованный врачом). **Целью обследования** является распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний зубов и других органов челюстно – лицевой области. Я понимаю, что максимально точная постановка диагноза стоматологических заболеваний, исключение заболеваний челюстно - лицевой области, являются приоритетом врача при назначении диагностических мероприятий.

Я информирован о том, что результаты обследования будут внесены в мою амбулаторную карту, доведены до меня лично в устной форме, а при необходимости будут предоставлены мне в виде выписки. При этом будут строго соблюдены принципы сохранения врачебной тайны.

Я понимаю, что точность интерпретации симптомов заболевания во многом зависит от полноты, предоставляемой мною информации о течении заболевания. Я знаю, что полученная информация будет использоваться врачом для диагностики, а также в процессе лечения.

Я информирован (а) о том, что **методы обследования**, используемые в клинике ООО «Танар» соответствуют медицинским стандартам и протоколам, утверждённым и рекомендованным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. При обследовании применяются оборудование, технологии и материалы, сертифицированные для применения в Российской Федерации.

Методы оказания медицинской помощи (план обследования, рекомендованный врачом) включают в себя опрос о моём состоянии здоровья. Затем проводится осмотр полости рта, который обязательно предполагает использование различных стоматологических инструментов (зеркало, зонд, пинцет и др.). В дальнейшем врач назначает другие обязательные и рекомендованные для постановки диагноза **возможные варианты и методы обследования** (основание – требование протоколов и стандартов медицинской помощи). Перед их проведением я буду информирован о необходимости и особенностях их проведения. Я понимаю, что одним из **возможных вариантов** является рентгенологическое обследование. Я понимаю, что **последствия** отказа от проведения обязательных и рекомендованных диагностических обследований заключаются в том, что врач - стоматолог не сможет провести качественное лечение и исключить возможные осложнения после лечения.

Я проинформирован (а) **о рисках** при проведении рентгенологического обследования и противопоказаниях, которыми **являются**:

- проживание в зонах радиоактивных катастроф;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за шесть месяцев до настоящего времени;
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;
- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям).

В большинстве случаев врачу достаточно результатов основных обязательных и рекомендованных диагностических мероприятий. Меня предупредили, что в ходе лечения могут потребоваться дополнительные консультации врачей-стоматологов смежных специальностей, а также могут понадобиться заключения и результаты исследований врачей других специальностей.

В случае если объем диагностических мероприятий по обследуемой проблеме будет выходить за рамки диагностических возможностей и спектра услуг, предоставляемых клиникой ООО «Танар», мне будет дана информация о лечебно-диагностических заведениях, в которых существуют возможности по более углубленному обследованию и лечению моего заболевания.

Мне понятна информация о том, что все проводимые диагностические мероприятия не несут угрозы для моего здоровья и необходимы для постановки стоматологического диагноза. **Предполагаемым результатом** диагностических медицинских вмешательств является составление врачом предварительного или рекомендованного плана лечения заболеваний челюстно – лицевой области.

Информация о состоянии моего здоровья может быть сообщена

(Ф.И.О., адрес, телефон).

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них понятные для себя ответы. Я получил информацию об альтернативных методах обследования, а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что могу выполнить план обследования, рекомендованный врачом в полном и неполном объёме. От этого зависит прогноз моего лечения, о чём я был предупреждён доктором до его начала.

Я разрешаю проведение фото и видеосъёмки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о своем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я ознакомлен (а) и даю согласие на то, что администрация поликлиники вправе передавать сведения, в том числе персональные данные, а также сведения о состоянии здоровья, во исполнение приказа МЗ РТ от 08.02.2016 №200 «Об обращении пациента с признаками причинения здоровью в результате совершения противоправных действий» в соответствующие уполномоченные органы

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА>

согласен (на) на медицинское вмешательство (рекомендованный врачом план обследования), в чём расписался (ась) собственноручно

(подпись).

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА>
согласен (на) на медицинское вмешательство (рекомендованный врачом план обследования) в неполном объёме. Я понимаю последствия отказа от рекомендованных методов обследования, в чём расписался (ась) собственноручно _____ (подпись).

Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии с пунктом 7 статьи 20 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011 оформляется в медицинской документации и подписывается мною, а также медицинскими работниками.

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА> **отказываюсь от медицинского вмешательства**, в чём расписался (ась) собственноручно _____
(подпись).

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА>
в соответствии с пунктом 3 статьи 22 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011 использую своё право не предоставлять мне информацию о состоянии моего здоровья _____ (подпись).

Беседу провел (а) _____ / _____ (Ф.И.О., подпись).

Дата: «<День>> <Месяц> <Год>»