

**Информированное добровольное согласие
пациента на медицинское вмешательство ультразвуковое
исследование (УЗИ) мягких тканей**

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **каждый раз при посещении врача и изменении плана лечения**

Я, пациент (законный представитель), _____

(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

ДАННАЯ ГРАФА ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ ДАЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ в отношении:

- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)

Я, _____ (ФИО), действующий (ая) от имени
_____ (ФИО ребенка, иного представляемого лица),
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о моем прохождении обследования и последующего лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «СКИН ФАБРИКА», ("СКИН ФАБРИКА" (Сокращённое наименование – ООО "СКИН ФАБРИКА"; Адрес места нахождения – 153002, Россия, Ивановская область, г. Иваново, ул. Калинина, д. 9/21, офис 115, помещения 1, 2, 4, 4а, 5, 6, 9. ; ОГРН: 1223700001250; ИНН: 3702266504); имеющим бессрочную лицензию на осуществление медицинской деятельности от 16 января 2025 г. № Л041-01139-37/01712914 Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Ивановской области.); для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью.

Я добровольно даю согласие на проведение ультразвукового исследования (УЗИ) кожи и мягких тканей, по результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций.

Мне разъяснено, что:

Описание процедуры: УЗИ - это метод диагностики с помощью ультразвуковых волн. Эти волны, не воспринимаемые человеческим ухом, могут быть преобразованы в лучи для сканирования тканей тела. Различные ткани по-разному проводят ультразвук - некоторые ткани полностью отражают его, в то время как другие рассеивают сигналы, прежде чем они возвращаются к датчику. УЗИ

предполагает только описание органов и их функцию на момент осмотра, является разновидностью функциональной диагностики и не позволяет выставлять диагноз заболевания. Пациент должен иметь направление от лечащего врача, содержащее предварительный диагноз, краткий анамнез, жалобы. Если этих сопровождающих документов нет, то Врач УЗИ вправе самостоятельно собрать эту информацию для уточнения акцентов на тот или иной орган и их функцию.

Последствия УЗИ – тепловое воздействие на ткани тела при длительном воздействии датчиком (более одной минуты)

- Я подтверждаю, что:

Я информирован(а) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства, и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

- Я подтверждаю, что:

Мне понятен тот факт, что любое вмешательство в мой организм (организм подопечного) нарушает его целостность, структурность и реакция самого организма может быть не предсказуема. Клиника и лечащий врач не могут нести за это ответственность при выполнении ими всех необходимых мероприятий при моём лечении.

- Мне понятно, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право выбранного мною врача, выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но сохранит мое здоровье.

Мне понятно, что при обследовании моего организма могут быть выяснены особые обстоятельства, состояния моего организма, которые могут требовать коррекцию плана лечения. Я обязуюсь обратиться на дополнительный осмотр для обсуждения изменения лечения, возможной коррекции в лечении (изменения препаратов, метода лечения и др.)

- Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с возможными осложнениями. ДУБЛЬ

- Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа;

- Я понимаю, что могу отказаться от обследования и диагностики в любой момент, даже после подписания данного информированного согласия;

- Я подтверждаю, что внимательно прочел/прочла и понял(а) всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил (-а) удовлетворившие меня ответы.

- Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

- Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение необходимых процедур. Мое решение является свободным.

- Я осведомлена, что данное УЗИ не является диагнозом и требует консультации со специалистом.

Данное согласие действует в течение всего периода моего лечения в ООО «СКИН ФАБРИКА» (бессрочно).

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Ф.И.О., контактный телефон лица, которому может быть предоставлена информация

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись пациента: _____ V / _____
(подпись клиента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.