

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

ПРИКАЗ

28.08.2025

№ 157/05

**Об утверждении форм
информированных добровольных
согласий на медицинское вмешательство
и форм отказов от медицинского
вмешательства в структурных
подразделениях Клинического центра**

В рамках дальнейшего совершенствования лечебно-диагностического процесса, его правового обеспечения, а также унификации ведения медицинской документации в подразделениях Клинического центра, в соответствии с ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», на основании приказа Минздрава России № 165н от 04.12.2025 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и форм указанных согласия и отказа», приказа Минздрава России от 14.04.2025 №207н «Об утверждении правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований», приказа Минздрава России от 19.03.2025 N 136н "Об утверждении формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности", приказа Минздрава России от 29.04.2025г. № 261н «Об утверждении порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить следующие формы информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство в структурных подразделениях Клинического центра:

1.1. Информированное добровольное согласие с общим планом обследования и лечения (приложение № 1).

1.2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение №2).

1.3. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (приложение № 3).

1.4. Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе, на трансфузию (переливание) крови и (или) ее компонентов или кровезаменителей (приложение №4).

1.5. Информированное добровольное согласие на операцию переливания крови, ее компонентов или кровезаменителей (Приложение №5).

1.6. Информированное добровольное согласие на лабораторные методы обследования и получение результатов (приложение №6).

- 1.7. Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (приложение №7).
- 1.8. Информированное добровольное согласие на использование пациентом лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, расходных материалов, приобретенных им за счет собственных средств (приложение № 8).
- 1.9. Информированное добровольное согласие на внутривенное введение контрастного препарата (приложение №9).
- 1.10. Информированное добровольное согласие на радионуклидное исследование (приложение №10).
- 1.11. Информированное добровольное согласие на рентгенодиагностическое исследование (приложение №11).
- 1.12. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии (приложение №12).
- 1.13. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии при наличии металлических имплантов (приложение №13).
- 1.14. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением (приложение №14).
- 1.15. Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них (приложение № 15).
- 1.16. Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок несовершеннолетнему или отказа от них (приложение № 16).
- 1.17. Информированное добровольное согласие на введение лекарственного препарата новорожденному (приложение № 17).
- 1.18. Информированное добровольное согласие законного представителя новорожденного на выполнение инвазивного исследования, вмешательства, операции (приложение №18).
- 1.19. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации (приложение №19).
- 1.20. Информированное добровольное согласие на криоконсервацию ооцитов/эмбрионов/сперматозоидов (приложение №20).
- 1.21. Информированное добровольное согласие на проведение операции редукции эмбриона(ов) (приложение №21).
- 1.22. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности (приложение №22).
- 1.23. Информированное добровольное согласие на процедуру подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения (приложение №23).
- 1.24. Информированное добровольное согласие на лечение бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий в условиях ограничительных мероприятий, связанных с предупреждением распространения коронавирусной инфекции (приложение №24).
- 1.25. Информированное добровольное согласие на применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией при наличии медицинских показаний (приложение №25).
- 1.26. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (стоматология терапевтическая) (приложение №26).
- 1.27. Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения (приложение №27).
- 1.28. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (ортодонтия) (приложение №28).
- 1.29. Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы и изготовление съёмного/несъёмного ретейнера (приложение №29)

- 1.30. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (пародонтология) (приложение №30).
- 1.31. Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения (приложение №31).
- 1.32. Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства (стоматология хирургическая) (приложение №32).
- 1.33. Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства (стоматология хирургическая детская) (приложение №33).
- 1.34. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (приложение № 34).
- 1.35. Информированное добровольное согласие на применение зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов вне показаний инструкции по медицинскому применению в целях лечения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (приложение № 35).
- 1.36. Информированное добровольное согласие на лечение (продолжение лечения) коронавирусной инфекции (COVID-19) / внебольничной пневмонии предположительно коронавирусной этиологии в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции. (приложение №36).
- 1.37. Информированное добровольное согласие на соблюдение режима изоляции (приложение №37).
- 1.38. Информированное добровольное согласие на получение плановой медицинской помощи в стационарных условиях взрослого населения в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (приложение №38).
- 1.39. Информированное добровольное согласие на получение ребенком плановой медицинской помощи в стационарных условиях в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19» (приложение №39).
- 1.40. Информированное добровольное согласие на использование цифрового браслета стационарного пациента (приложение № 40).
- 1.41. Информированное добровольное согласие на аппаратную реинфузию аутологичных эритроцитов (приложение № 41).
- 1.42. Информированное добровольное согласие на присутствие обучающихся во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну (приложение №42).
- 1.43. Информированное добровольное согласие на проведение противоопухолевого лекарственного лечения (приложение №43).
- 1.44. Информированное добровольное согласие с общим планом обследования и лечения в отделении паллиативной медицинской помощи (приложение №44).
- 1.45. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при применении ортодонтического метода лечения с системой элайнеров (приложение №45).
- 1.46. Информированное добровольное согласие донора биологического материала либо одного из родителей или иного законного представителя на безвозмездное предоставление биологического материала для производства биомедицинского клеточного продукта, в том числе, в целях проведения доклинических исследований и (или) клинических исследований (приложение №46).
2. Утвердить форму: Решение о проведении медицинского вмешательства (операции) без согласия больного (приложение № 47).
3. Утвердить следующие формы отказов от медицинского вмешательства в подразделениях Клинического центра:
- 3.1. Заявление об отмене проведения патологоанатомического вскрытия (приложение №48).
- 3.2. Отказ от госпитализации (приложение № 49).
- 3.3. Отказ от медицинского вмешательства (приложение № 50).

3.4. Отказ от медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (приложение №51).

3.5. Отказ от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании пациенту медицинской помощи (приложение №52).

4. Руководителям структурных подразделений Клинического центра:

4.1. Обеспечить использование форм документов, утвержденных настоящим приказом, во вверенных им подразделениях Клинического центра.

4.2. В случае отказа пациента или его законного представителя от документального оформления правовых отношений с структурным подразделением Клинического центра, регистрация отказа осуществлять путем составления соответствующего акта в установленном порядке заместителем главного врача по медицинской части, заведующим отделением и лечащим врачом.

5. С момента подписания настоящего приказа считать утратившими силу приказ от 28.02.2022 №031/05 «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в структурных подразделениях Клинического центра», приказ от 30.05.2022 №091/05 «О внесении изменений в приказ от 28.02.2022 №031/05 «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в структурных подразделениях Клинического центра», приказ от 06.06.2023 №086/05 «О внесении изменений в приказ от 28.02.2022 №031/05 «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в структурных подразделениях Клинического центра», приказ от 16.02.2024 №022/05 «О внесении изменений в приказ от 28.02.2022 №031/05 «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в структурных подразделениях Клинического центра», приказ от 03.03.2025 № 036/05 «О внесении изменений в приказ от 28.02.2022 №031/05 «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в структурных подразделениях Клинического центра».

6. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей структурных подразделений Клинического центра.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



О.С. Волкова

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом

_____ (ФИО лечащего врача)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены другими врачами-специалистами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения.

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) обследование и лечение.

Я предупрежден(а), что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан(а) из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Я **СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН** (нужное подчеркнуть) получать информацию о своем (пациента, законным представителем которого я являюсь) заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

Разрешаю предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам (указать - ФИО):

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина или его законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина или его законного представителя)
проживающий по адресу _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ /
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие (*выбрать нужное*):

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. №390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения мною первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*)

на медицинское вмешательство для получения мною специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи:

_____ (наименование медицинского вмешательства)

В _____
(наименование структурного подразделения)

Медицинским работником _____
(должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*), в том числе после смерти:

_____ (ФИО указанного гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись и ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения, отделения)
**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____,
выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях

(возможных осложнений при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (а) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(ФИО врача анестезиолога-реаниматолога)

Дата _____
(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, В ТОМ ЧИСЛЕ, НА ТРАНСФУЗИЮ
(ПЕРЕЛИВАНИЕ) КРОВИ И (ИЛИ) ЕЁ КОМПОНЕНТОВ ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____,
выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

находясь (находящегося) на лечении в _____

(наименование структурного подразделения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(наименование операции)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного вмешательства.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.

- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на проведение донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен(а) на запись хода операции на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я согласен(а) на проведение контрольной фото/видеофиксации до, во время и после процедуры/операции для сравнения оценки результатов оказания медицинских услуг и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на

(наименование операции)

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ
ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

Я, _____ (фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех необходимых лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я согласен с предложенным лечением _____

_____ (подпись, дата и ФИО пациента)

Я согласен с предложенным лечением _____

или расписался (согласно постановлению Правительства РФ от 22.06.2019 г. №797 «Об утверждении правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов»)

_____ (подпись и ФИО гражданина или его законного представителя)

Или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____

_____ (подпись и ФИО врача)

_____ (подписи свидетелей беседы)

Я не согласен с предложенным лечением _____

или расписался (согласно постановлению Правительства РФ от 22.06.2019 г. №797 «Об утверждении правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов»)

_____ (подпись и ФИО гражданина или его законного представителя)

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____

_____ (подпись, Ф.И.О. врача)

_____ (подписи свидетелей беседы)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

Я даю информированное добровольное согласие на:

- осуществление следующих видов медицинских вмешательств: лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-биологические, а также взятие капиллярной и венозной крови для их проведения. Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр).

- обработку и использование моих/пациента персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего/пациента здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- получение (рассылку) результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес:

При этом, мне разъяснено, что при передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) Сеченовский Университет не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Медицинским работником _____
(должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*).

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____
Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти (провести лицу, законным представителем которого я являюсь) тестирование на антитела к ВИЧ.

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови (сдаст лицо, законным представителем которого я являюсь).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным, анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу);
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно", обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
 - парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
 - при сексуальных контактах без презерватива;
 - от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ,
ПРИБРЕТЕННЫХ ИМ ЗА СЧЕТ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:</p> <p>_____</p> <p>_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

находясь (находящегося) на лечении в _____ (наименование структурного подразделения)

ознакомлен(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Добровольно даю свое согласие на использование для моего лечения / лечения лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, расходных материалов, приобретенных мною за счет собственных средств

_____ (указать наименование расходных материалов/ лекарственных препаратов/ изделий медицинского назначения)

Материальных претензий к лечебному учреждению не имею

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i>	
Я, _____	паспорт №: _____
выдан _____	, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:	_____

<i>(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</i>	

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

уведомлен о том, что:

Мне или лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза. Введение контрастного препарата производится через внутривенный катетер, устанавливаемый наиболее часто в вену на внутренней поверхности локтевого сгиба, либо на тыльной стороне кисти.

Используемое контрастное вещество в большинстве случаев хорошо переносится нашими пациентами. Но, как и при любой внутривенной инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, а также отрицательная реакция организма на вводимое вещество. У пациентов возможно появление незначительной реакции на внутривенное введение контрастного препарата в виде тошноты, чихания и крапивницы.

В редких случаях (1:6000) у пациента могут возникнуть более тяжелые реакции на внутривенное введение контрастного препарат. Крайне редко (1:170 000) реакция на контрастный препарат может привести к смерти.

Беременность является противопоказанием к любому рентгеновскому исследованию.

К пациентам с **высокой степенью риска** возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата относятся:

- пациенты, у которых наблюдалась умеренная или тяжелая аллергическая реакция на введение контрастного препарата, которая требовала проведения терапии;
- пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе;
- лица, страдающие бронхиальной астмой, у которых отмечались тяжелые аллергические реакции;
- пациенты с заболеваниями щитовидной железы (тиреотоксикоз);
- лица с тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью;
- пациенты с тяжелыми заболеваниями почек, особенно сопровождающиеся снижением их функции (если Вы относитесь к данной группе, необходимо предоставить результаты анализа крови на креатинин, выполненного не позднее 1 мес. назад);

Мне разъяснено, что в случае если я могу отнести себя или лицо, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) к одной из вышеперечисленных категорий, необходимо **сообщить об этом** врачу-рентгенологу с целью выбора соответствующей диагностической методики или отказа от использования контрастного препарата. Лечащий врач объяснил мне необходимость проведения данного исследования и риск возможных осложнений, а также ответил на все интересующие меня вопросы.

Я письменно подтверждаю свое согласие на применение мне или лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) контрастного вещества или отказа от него:

согласен / не согласен на введение контрастного препарата (*нужно подчеркнуть*)

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА РАДИОНУКЛИДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Исследование _____

Радиофармпрепарат: _____

Номинальная активность: _____ МБк

Планируемая лучевая нагрузка: _____ мЗв

Ф.И.О., подпись врача-радиолога _____

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

информирован о характере и целях радионуклидного исследования, назначенного мне

_____ (кем)

Я осведомлен о лучевой нагрузке и потенциальном воздействии вводимого препарата на организм.
Я даю согласие на введение радиоактивного препарата и выполнение исследования.

_____ (подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

Радиофармпрепарат: _____

Объем _____ мл. Фактическая активность: _____ МБк:

Дата: _____ Время: _____

Ф.И.О. подпись медицинской сестры _____

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Исследование: _____

Планируемая лучевая нагрузка: _____

Ф.И.О., подпись врача _____

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

информирован о характере и целях рентгенодиагностического исследования, назначенного

(кем)

Я осведомлен о лучевой нагрузке и потенциальном воздействии рентгеновского облучения на организм.

Я даю согласие на введение рентгеноконтрастного препарата и выполнение исследования

(подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

Рентгеноконтрастный препарат: _____

Объем _____ мл. Фактическая активность: _____

Дата: _____ Время: _____

Ф.И.О.подпись операционной медицинской сестры

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:</p> <p>_____</p> <p>(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

уведомлен о том, что мне назначена магнитно-резонансная томография МРТ
_____ (указать область исследования)

МРТ позволяет безопасно получить высококачественные изображения Ваших внутренних органов и тканей. Но, как и для многих диагностических исследований, существуют ограничения в использовании МРТ у ряда пациентов.

МРТ не может быть выполнена*:

- пациентам с кардиостимулятором.
- пациентам с ферромагнитными имплантатами (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах, инсулиновые помпы и т.д.).
- пациентам с металлическими инородными телами в теле (осколки, пули, фрагменты металлической стружки и т.д.).
- при наличии беременности (*первый триместр*).

*наличие зубных протезов не является противопоказанием к исследованию, но может снизить качество изображений.

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.

Я подтверждаю отсутствие у меня / у лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) в теле любых металлических инородных тел, кардиостимулятора, ферромагнитных имплантатов (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах и т.д.); отсутствие беременности и подтверждаю свое согласие на выполнение мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) исследования МРТ
_____:

(указать область исследования)

Номер истории болезни/амбулаторной карты _____

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ**

(вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом кабинета на основании представленной медицинской документации)

Я _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

сообщаю, что мне / пациенту, законным представителем которого я являюсь *(нужное подчеркнуть)* установлены следующие имплантаты (указать тип - стент, клипса, фиксирующая конструкция, кава-фильтр, клапан и т.д.), дату установки и наличие паспорта на имплантат.

1. _____
2. _____

В случае отсутствия документации на установленные имплантаты, либо отсутствия в предоставленной документации сведений о безопасности выполнения МРТ с данным имплантатом я понимаю, что назначенное мне исследование не безопасно, так как установленные имплантаты могут сместиться под воздействием магнитного поля и/или нагреться под воздействием радиочастотных импульсов. Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены опасные для моего / лица, законным представителем которого я являюсь, здоровья и жизни последствия, связанные с выполнением данного исследования, и я полностью осознаю, что целиком и полностью принимаю на себя всю ответственность за возникновение возможных осложнений и подтверждаю свое согласие на выполнение мне / лица, законным представителем которого я являюсь исследования МРТ

_____ (указать вид обследования)

В случае возникновения у меня или лица, законным представителем которого я являюсь осложнений после проведения исследования, претензий к лечебному учреждению иметь не буду.

Номер истории болезни/амбулаторной карты _____

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ**

(вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом
на основании представленной медицинской документации)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

уведомлен о том, что мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), назначена магнитно-резонансная томография МРТ _____.
(указать область исследования)

уведомлен о том, что в ряде случаев, при выполнении МРТ может потребоваться внутривенное введение специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза.

Контрастные вещества считают достаточно безопасными, так как при МРТ используются неионные парамагнитные контрастные средства. Но, как и при любой инъекции, существует риск, включающий повреждение нерва, артерии или вены, возникновение инфекционных осложнений или появление аллергической реакции организма на введение контрастного вещества. Эти редкие реакции (частота возникновения не более 1 на 1000 введений) проявляются тошнотой, рвотой, чиханием, сыпью на коже. Крайне редко могут случиться более серьезные реакции на контрастный препарат вплоть до смертельного исхода. У некоторых пациентов **риск появления осложнений** значительно выше. К ним относятся:

- лица, которые ранее имели подобные осложнения при введении данного контрастного препарата;
- пациенты с аллергическими реакциями, и, особенно, страдающие бронхиальной астмой;
- пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца;
- пациенты с заболеваниями почек;
- пациенты с эпилепсией либо с повышенной судорожной готовностью;
- пациенты, принимающие В-адреноблокаторы;
- пациенты с анемиями, гемоглобинопатией, печеночной недостаточностью.

Абсолютными противопоказаниями к в/в введению контрастного препарата являются почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации менее 30мл/мин. и состояние после трансплантации печени.

Я уведомлен, что если я отношусь или лицо, законным представителем которого я являюсь, к одной из вышеперечисленных категорий, мне необходимо **сообщить об этом** врачу.

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования. Я подтверждаю, выполнение мне или лицу, законным представителем которого я являюсь исследования _____;
(указать вид обследования)

() с контрастным веществом () без контрастного вещества

и даю согласие на проведение необходимых лечебных медицинских мероприятий в случае возникновения у меня или у лица, законным представителем которого я являюсь, осложнений при проведении исследования. В случае возникновения у меня или у лица, законным представителем которого я являюсь побочных реакций на введение контрастного препарата претензий к лечебному учреждению иметь не буду.

Номер медицинской карты: _____

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

Подписывая данный документ, я,

_____ (ФИО гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____

_____ (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

_____ (ФИО врача)

- о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- о необходимости выполнения предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____

(название прививки)

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

Подписывая данный документ я, _____

(ФИО родителя (иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / ФИО несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____

(название прививки)

Несовершеннолетнему _____

(указывается ФИО и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

(ФИО родителя (иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

« _____ » _____ 20__ года

Подпись _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему и дал ответы на все вопросы.

подпись _____

Врач _____

(Ф.И.О. и должность врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НОВОРОЖДЕННОМУ**

Подписывая данный документ я, _____
(ФИО законного представителя новорожденного)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____

_____ (наименование структурного подразделения, номер палаты)
добровольно даю свое согласие на введение лекарственного препарата(ов)

_____ моему новорожденному ребенку, родившемуся _____

Подтверждаю, что до меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Мне разъяснена и понятна опасность, связанная с несвоевременным введением лекарственного препарата, возможными осложнениями и снижением возможной продолжительности и качества жизни ребенка. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время введения препарата или после могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Медицинским работником _____
(должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от предложенной терапии, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), вплоть до летального исхода.

Мне разъяснено, что я могу отказаться от предложенной медикаментозной терапии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего соглашения, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанную манипуляцию.

_____ (ФИО и подпись законного представителя новорожденного)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ,
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОПЕРАЦИИ**

Мне, _____

(ФИО законного представителя новорожденного)

разъяснено, что в результате имеющейся соматической патологии, осложненного течения беременности и родов (*нужное подчеркнуть*) состояние здоровья моего ребенка пол ребенка _____ дата рождения _____ нарушено, что потребовало перевода его в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей.

Мне разъяснено, что для уточнения характера заболелания и проведения лечения ребенку возможно потребует проведение ряда диагностических и лечебных мероприятий.

Я согласен(а), что моему ребенку будут проводить, при необходимости, обследования и лечебные мероприятия: проведение медикаментозной терапии, инвазивные вмешательства и операции (катетеризация центральных и периферических вен, внутривенные и внутримышечные инъекции, проведение капельного внутривенного введения растворов, искусственная вентиляция легких и все другие методы оксигенотерапии, люмбальная пункция, плевральная пункция, дренирование плевральной полости, проведения санации верхних и нижних дыхательных путей, питание через зонд, катетеризация мочевого пузыря, забор крови и других биологических сред для исследования, рентгенография, УЗИ головного мозга и внутренних органов, доплерометрия, транспортировка реанимобилем).

Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения (синдром утечки воздуха, флебит, перфорация желудка и кишечника, кровотечение, развитие инфекционного процесса) и последствия, включая возможные неблагоприятные последствия для здоровья и жизни ребенка, разъяснены мне **ВРАЧОМ** _____ и мне понятны.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных выше, и я согласен(а) на их проведение.

Я согласен(а) с тем, что при отсутствии законных представителей решение о проведении этих процедур принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач в соответствии с их профессиональными суждениями для улучшения состояния моего ребенка с последующим уведомлением законных представителей.

Я согласен(а) на переливание донорской крови и (или) ее компонентов при проведении интенсивной терапии моему ребенку, если возникнет необходимость.

Учитывая тот факт, что моему ребенку будут проводить инвазивные методы исследования, вмешательства или операции в медицинском подразделении ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), **Я разрешаю/(не разрешаю)** лечащему врачу моего ребенка делать фотографии, видеозаписи, связанные с лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии, без указания имени и фамилии.

Пользуясь правом, предоставленным мне статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **я разрешаю** давать информацию о состоянии моего ребенка и факте нахождения его в отделении только

(ФИО полностью)

Получив полную информацию о необходимости проведения лечения моего ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей с проведением диагностических и лечебных мероприятий, в том числе инвазивных методов исследования, вмешательств или операций, переливания

донорской крови и (или) ее компонентов, о возможных рисках, осложнениях и последствиях этого, последствиях отказа от указанного лечения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на указанные диагностические и лечебные мероприятия, в том числе инвазивные методы исследования, вмешательства или операции моему ребенку.

Содержание настоящего документа прочитано, разъяснено мне ВРАЧОМ, оно полностью мне понятно, что **я и удостоверяю своей подписью**

Законного представителя новорожденного (*отец, мать или опекун – указать нужное*) _____

_____ (подпись и ФИО законного представителя новорожденного)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИСКУССТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ**

Я (Мы), _____

_____ (ФИО полностью, год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия методом ВРТ:

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)
- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ЭКО + ИКСИ)
- искусственной инсеминации (ИИ)

с использованием:

- криоконсервированной/ не подвергнутой криоконсервации спермой (сперматозоидами) пациента/донора
- криоконсервированных/ не подвергнутых криоконсервации ооцитовпациентки/донора
- криоконсервированных/ не подвергнутых криоконсервации эмбрионов

просим провести преимплантационный генетический анализ

- эмбрионов/ооцитов с целью выявления аномалий по _____ хромосомам

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения методами ВРТ и известно, что:

-для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;

-в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуются изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;

-преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;

-сперматозоиды/ооциты/эмбрионы (далее биоматериал) после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для использования в лечении бесплодия методами ВРТ;

-до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие, как показание к применению, или указывает беременность, как противопоказание к применению.

Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

- даю (ем) согласие
- не даю (ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ прошу (просим):

- криоконсервировать
- утилизировать
- донировать

Заявляю (ем), что изложила (и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье (ях).

Я (Мы) предупреждена (ы) о том, что лечение методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем). Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться. Я (Мы) подтверждаю (ем), что внимательно прочла (и) и поняла (и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) 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 (Мы) имела (и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила (и) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

_____ (подписи)

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на криоконсервацию ооцитов/эмбрионов/сперматозоидов**

Я (Мы):

Пациентка _____

_____ года рождения паспорт № _____ выдан _____
(каким отделением выдан) _____, проживающая по адресу: _____

Пациент _____

_____ года рождения паспорт № _____ выдан _____
(каким отделением выдан) _____, проживающий по адресу: _____

брак не зарегистрирован/брак зарегистрирован _____
(№ свидетельства, кем и когда выдан)

подтверждаем, что

Мне/Нам разъяснены и нами поняты необходимость, особенности и порядок проведения криоконсервации ооцитов/эмбрионов/сперматозоидов (далее биоматериал), в том числе замораживания с помощью криопротекторов и специальных программ, хранения замороженного биоматериала в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот, и их размораживания по специальной программе.

Я/Мы предупреждены о том, что после криоконсервации биоматериал может быть непригоден для использования в лечении с применением метода вспомогательных репродуктивных технологий - экстракорпорального оплодотворения с инъекцией сперматозоида в цитоплазму ооцита (ЭКО-ИКСИ), переноса в полость матки, что зависит от их индивидуальных особенностей, которые не могут быть установлены до криоконсервации.

Мне/Нам разъяснено и нами понято, что последующее лечение по программе ЭКО/ЭКО-ИКСИ с применением размороженного после криоконсервации биоматериала может оказаться безрезультативным, что наступившая в результате беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок с аномалиями (пороки развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения и согласны на проведение криоконсервации биоматериала.

Мне/Нам разъяснено, и я/мы понимаем, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей, родившихся у пациентки/пациентов после лечения бесплодия различными методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением размороженного после криоконсервации биоматериала не отличается от частоты этой патологии в популяции.

Я/Мы предупреждены о том, что на день подписания настоящего информированного добровольного согласия в медицинской науке и практике не имеется данных о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания, хранения и размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Мне/нам разъяснено и мною/нами понято, что максимальный срок криоконсервации биоматериала, неиспользованного в программах ВРТ, составляет 15 (пятнадцать) лет, начиная с даты криоконсервации биоматериала.

Я/Мы предупреждены, что Сеченовский Университет не берет на себя обязательства по уведомлению Пациентов об окончании срока действия договора на криоконсервацию биоматериала.

Мне/Нам разъяснен порядок проведения оценки и отбора биоматериала, пригодного для проведения криоконсервации, оценки размороженного биоматериала, и я/мы даю/даем свое добровольное согласие на проведение криоконсервации биоматериала.

В связи с производимой с моего/нашего добровольного согласия криоконсервацией биоматериала выражаю/ем своё/наше добровольное согласие на проведение необходимых для этого врачебных манипуляций, использования специальной медицинской техники, оборудования, средств и программ для замораживания, хранения и размораживания биоматериала, а также расходных материалов, разрешенных к использованию в установленном порядке. По моему/нашему требованию мною/нам разъяснены и нами поняты все аспекты функционирования приборов и препаратов, особенности действия средств, которые могут быть использованы в процессе замораживания, хранения, размораживания биоматериала.

Я/Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о криоконсервации биоматериала, предоставленную мне/нам сотрудниками отделения вспомогательных репродуктивных технологий, а также имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне/нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы я/мы получили удовлетворившие меня/нас и понятые мною/нами ответы.

Моё/Наше решение является свободным, осознанным, добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение криоконсервации биоматериала.

Подписи:

Пациентка (Ф.И.О.): _____ Подпись _____

Пациент (Ф.И.О.): _____ Подпись _____

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Расписались в моем присутствии

Врач (ФИО) _____ Подпись _____

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ
ОПЕРАЦИИ РЕДУКЦИИ ЭМБРИОНА(ОВ) / ПЛОДА(ОВ)**

Я _____,

(ФИО полностью, год рождения)

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у меня многоплодной беременностью, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции _____ эмбриона(ов)/плода(ов).

Медицинским работником _____

(должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирована, что операция редукции эмбриона(ов)/плода(ов) может привести к прерыванию беременности.

Я понимаю, что по причинам, не зависящим от врачей и медицинского персонала, в результате оперативного внутриматочного вмешательства возможно развитие таких осложнений, как:

- кровотечение;
- инфекционно-септические заболевания;
- аллергические реакции на вводимые препараты;
- тромбоемболические осложнения,

которые могут потребовать интенсивной терапии и/или незапланированного оперативного вмешательства (вплоть до удаления матки и ее придатков).

Заявляю, что изложила медицинскому работнику все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне медицинским работником о целях, методах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах; я имела возможность обсудить с медицинским работником все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(ФИО и подпись гражданина)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

1. Я (фамилия, имя, отчество (при наличии), _____

_____, "_____" _____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) _____, "_____" _____ года рождения (ненужное зачеркнуть), искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

Медикаментозным методом, вызывающим гибель и последующее изгнание из полости матки эмбриона (плода);

Хирургическим методом, предполагающим проведение хирургической операции с разрушением и удалением из полости матки эмбриона (плода).

2. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть): 48 часов (7 дней).

В течение указанного периода:

я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проинформирована (проинформированы) о сроке моей беременности (беременности лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть), об отсутствии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка; мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проведено (не проведено) (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиение эмбриона (плода) (при наличии): "_____" _____ 20__ г.

(указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства);

я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проконсультирована (проконсультированы) или не проконсультирована (не проконсультированы) (в связи с отказом от консультирования) (нужное подчеркнуть) медицинским психологом (психологом, специалистом по социальной работе) на основе информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в кабинете медико-социальной помощи женской консультации (центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) либо медицинским работником с высшим или средним медицинским образованием, прошедшим повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию (при отсутствии указанных кабинета и центра), по вопросам психологической и социальной поддержки;

проведены иные мероприятия (указать): _____

3. Я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проинформирована (проинформированы) врачом-акушером-гинекологом:

о том, что я имею (лицу, законным представителем которого я являюсь, имеет) (ненужное зачеркнуть) право не делать искусственное прерывание беременности;

о том, что при условии соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки; скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки; острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки; аденомиоз; сердечно-сосудистые заболевания; рак молочной железы;

во время проведения искусственного прерывания беременности: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может

потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах;

при выполнении искусственного прерывания беременности медикаментозным методом могут возникнуть осложнения, при развитии которых необходимо завершить искусственное прерывание беременности хирургическим методом: остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение;

об иных аспектах проведения искусственного прерывания беременности (указать):

4. Мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения строго в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом после искусственного прерывания беременности;

иных мероприятиях по сохранению здоровья (указать):

5. Я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) имела (имели) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получили) исчерпывающие ответы. Мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

6. Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) понятен смысл всех терминов, на меня (меня и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) искусственного прерывания беременности.

7. 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 (состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

8. Я свидетельствую, что разъяснил суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

9. Подтверждаю, что рекомендовал проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиения эмбриона (плода) (при наличии) и иных мероприятий (указать):

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) врача-акушера-гинеколога)

" " _____ 20__ г.
(дата оформления)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ
ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ И РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ**

Я, _____
(ФИО полностью, год рождения)

подтверждаю, что в доступной мне форме получила информацию от врача о показаниях, противопоказаниях и методе проведения подготовки шейки матки и родовозбуждения.

Я предупреждена о рисках, связанных с продолжением беременности в моей клинической ситуации.

Я знаю, что подготовка шейки матки к родам может осуществляться как медикаментозным, так и механическим методами, и предупреждена о возможных побочных эффектах проводимой терапии (чувство дискомфорта внизу живота, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея (жидкий стул), гипертермия (повышение температуры), но все эти эффекты временные.

Я согласна приступить к подготовке к родам и родовозбуждению с использованием препаратов, действующей основой которых является мифепристон, динопростон, окситоцин и, при необходимости, использованием механического расширения шейки матки баллонным катетером или ламинариями с последующим проведением амниотомии. Я знаю, что в 12-15 % подготовка шейки матки и родовозбуждение могут быть неэффективными и в этой ситуации для завершения беременности будет предложена операция кесарева сечения.

Я поняла, что подготовка шейки матки включает:

- приём 2 таблеток мифепристона, по одной таблетке с интервалом в 24 часа (при целом плодном пузыре) или с интервалом 6 часов (при излившихся околоплодных водах)

и/или

- введение в шейку матки или влагалище геля, содержащего динопростон (до трех раз с интервалом 6 часов, 12 часов),

и/или

- введение баллонного катетера или ламинарий в шейку матки на 12 часов с последующим вскрытием плодного пузыря и, при отсутствии эффекта, внутривенное капельное введение окситоцина.

Я предупреждена, что мероприятия по подготовке к родам и родовозбуждению будут сопровождаться клиническим и мониторным (осмотр врачом, кардиотокография, по решению врача ультразвуковое исследование, доплерометрия) контролем.

Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информированном добровольном согласии. На все свои вопросы я получила ответы.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

(наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, СВЯЗАННЫХ
С ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Я(Мы), _____

(ФИО, год рождения)

Уведомлена(ы):

О том, что во ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) введен строгий противоэпидемический режим в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача по городу Москве от 12.03.2020 г. №1 «О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV в городе Москве», а также Приказом Минздрава РФ от 19.03.2020 г. №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Мы (пациенты) информированы о том, что:

- отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении наличия вируса SARS-CoV-2 в сперме и рисках передачи инфекции половым путем; неблагоприятного воздействия на ооциты и эмбрионы, рисков для будущей беременности, плода и ребенка;
- в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, криоконсервация пригодных для этого эмбрионов/ооцитов является оптимальной тактикой для завершения лечебного цикла;
- в случае возникновения COVID-19 во время беременности, риски будут определяться тяжестью течения заболевания, и в случае тяжелых форм может происходить преждевременное прерывание беременности (выкидыши, преждевременные роды), а также гибель плода;
- препараты, применяемые при лечении COVID-19, могут быть причиной преждевременного прерывания беременности и/или пороков развития у ребенка;
- имеющиеся на сегодняшний день тесты диагностики не могут свидетельствовать со 100% точностью об отсутствии инфицирования/заболевания в момент проведения исследования.
- в случае подозрения на инфицирование SARS-CoV-2 или заболевания COVID-19 лечение будет остановлено на любом этапе.

Я(Мы) несу/несем полную ответственность за достоверность всех сведений, представленных мною/нами сотрудникам ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Мне/Нам понятны возможные риски начала и продолжения лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). На лечение методами вспомогательными репродуктивными технологиями Я/Мы:

даю/даем согласие.

не даю/не даем согласие.

подпись

(Ф.И.О.)

подпись

(Ф.И.О.)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ, НЕ ВХОДЯЩИХ В СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЛИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕННЫХ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

Я _____ (ФИО гражданина – полностью)
паспорт _____ выдан _____,
проживающий по адресу:

_____ являюсь законным представителем несовершеннолетнего до 15 лет (далее – ребенок) или лица, признанного недееспособным (*мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное указать*)

_____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со статьей 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) лечащим врачом

_____ (должность и ФИО врача – полностью)

о _____ заболевании:

Я проинформирован, что в соответствии с п. 15 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Я проинформирован(а), что _____ лекарственный препарат (МНН: _____) является зарегистрированным в Российской Федерации лекарственным средством.

Я имел(а) возможность ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата _____ (МНН: _____).

Я проинформирован(а) о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата _____ (МНН: _____).

Я информирован(а), что в случае моего согласия применение препарата _____ (МНН: _____) будет проведено/инициировано в период нахождения меня (представляемого) в отделении _____, доза _____, кратность _____, путь введения _____ под контролем лечащего врача.

Я информирован(а) лечащим врачом о том, что в процессе лечения могут развиваться побочные эффекты от лекарственного препарата _____ (МНН: _____).

Я информирован(а) о том, что я имею право отказаться от лечения препаратом в любое время и о том, что отказ от лечения препаратом не повлечет за собой никаких отрицательных последствий со стороны медицинского персонала, однако может снизить эффективность лечения. Мне сообщили об альтернативных вариантах лечения, которые являются менее эффективными.

Я подтверждаю, что лечащий врач дал ответы на все мои вопросы, связанные с болезнью и лечением.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною поняты и добровольно даю согласие на проведение терапии препаратом
_____ (МНН: _____)

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____,
выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

проинформирован(а) врачом о состоянии зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, преискурантом.

Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

(ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался

в

моем

присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

уполномочиваю врача провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов),
_____ либо отказаться от него, либо
дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач установил мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*),
следующий диагноз: _____ и указал на
необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут
быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание
болевого ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.
Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как
такового.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю,
что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения
корневых каналов, а именно:

1. Имеется определенный процент (5-10/%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать
повторного лечения корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой
невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня.
Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи
эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.
3. При повторном лечении корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно
снижается, что связано:
 - с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический штифт из корневого канала;
 - с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных
осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также
имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической
терапии.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой либо
являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам
данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции
(например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической
конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять
ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению,
даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не
подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения
эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать
причиной потери зуба либо потребовать повторного лечения корневых каналов). Кроме того, я понимаю
необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь

проходить контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и зафиксированному в медицинской карте).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача _____
обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь, приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

(ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОРТОДОНТИЯ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p><i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт №: _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

проинформирован(а) врачом-ортодонтом о состоянии полости рта и зубов и необходимости проведения ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), понимаю цель лечения и суть всех его этапов.

Этот документ содержит необходимую информацию, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариес вокруг брекета, обострение заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта.

При использовании съемных ортодонтических аппаратов доктор также объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса около металлических элементов аппарата, возникновения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта в результате неудовлетворительной гигиены.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и/или изменения сроков лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача в течение лечения, а также я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять (обеспечить выполнение представляемым) все назначения (контролировать исполнение ребенком назначений). О необходимых мероприятиях по уходу за полостью рта я проинформирован(а).

Я понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.

С прейскурантом, с применяемыми материалами и технологиями, со сроками оказания услуги ознакомлен(а).

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей мне /лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*)/

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

_____ (ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА СНЯТИЕ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ И ИЗГОТОВЛЕНИЕ
СЪЕМНОГО/НЕСЪЕМНОГО РЕТЕЙНЕРА**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____,
выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня / лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), устраивает полученный эстетический и функциональный результат лечения.

Также я проинформирован(а) врачом-ортодонтом о необходимости изготовления ретенционного аппарата съемного _____ /несъемного _____ после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата к прежнему состоянию.

Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата.

Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения (через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, ежегодно).

Врач поставил меня в известность о том, что гарантийный срок съемного и несъемного аппаратов составляет 1 год, а срок службы 2 года.

Меня ознакомили с правилами пользования и ухода за ретенционными аппаратами. Я поставлен(а) в известность, что в случае несоблюдения правил пользования аппаратом снижается гарантийный срок и срок службы аппарата (до 6 месяцев и 1 года). В случае грубых нарушений гарантия аннулируется.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства по поводу снятия брекет-системы и изготовления съемного/несъемного ретейнера мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*).

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

(ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ПАРОДОНТОЛОГИЯ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i>	
Я, _____	паспорт №: _____
выдан _____	, являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:	

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)	

уполномочиваю врача _____ провести пародонтологическое лечение.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач установил мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), следующий диагноз: _____ и указал на необходимость лечения заболеваний и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба, отсутствие лечения как такового.

Хоть пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному с врачом и зафиксированному в медицинской карте).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) приступить к лечению пародонта.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернатива предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

_____ (ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<i>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:</i>	
Я, _____	паспорт №: _____
выдан _____,	являюсь законным представителем ребенка или
лица, признанного недееспособным:	

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)	

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*) врачом-стоматологом-ортопедом медицинское вмешательство Ортопедическое лечение,

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (а) с разъясненными мне условиями его проведения, а именно нижеследующем:

Я согласен(а) с предложенным мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, лечащим врачом планом лечения. Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифовывание зубов, устранение парафункций мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств. Причем, при проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза, эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза).

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Предложенное протезирование поможет мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани и челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшения эстетики, нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, невропатология и др.).

Понимая сущность предложенного лечения и индивидуальные особенности собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною / пациентом, законным

представителем которого я являюсь, результата и действительным результатом, так как представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я полагаю, что в моих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), начать предложенное протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты, а также их примерная стоимость.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, имеющихся аллергических реакциях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем / лица, законным представителем которого я являюсь, заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я полностью понимаю, что в процессе лечения по разработанному плану могут появиться непредвиденные ранее обстоятельства, вследствие которых возможны изменения и корректировки в плане лечения. По усмотрению моего врача, может быть проведено дополнительное лечение. Я также одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, средствах ухода за органами полости рта, если они направлены для лучшего удовлетворения моих / лица, законным представителем которого я являюсь, интересов.

Я принимаю решение осуществить ортопедическое лечение на предложенных мне / лицу, законным представителем которого я являюсь, условиях, а также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

(ФИО и подпись пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ)**

Я, _____ (ФИО гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____ (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проинформирован(а) врачом-стоматологом-хирургом о состоянии моих / лица, законным представителем которого я являюсь, зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от данной операции могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь проходить контрольные осмотры согласно предписаниям врача.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь, нужно приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные мне ответы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе после удаления зуба, с применяемыми материалами, с диагнозом и планом лечения.

Я не возражаю против использования в научных и учебных целях данных и биологических материалов, полученных в ходе моего / лица, законным представителем которого я являюсь, обследования и лечения.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом.

Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

_____ (ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ)**

Я, _____

_____ (ФИО родителя или законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства родителя либо законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего до 15 лет (далее – ребенок)
(отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть)

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, дата рождения)

проинформирован(а) врачом о состоянии зубов моего ребенка и о необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от операции могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь проводить моему ребенку контрольные осмотры согласно предписаниям врача.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время у моего ребенка.

Понимая сущность операции и уникальность организма ребенка, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в интересах ребенка необходимо приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные мне ответы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе после удаления зуба, с применяемыми материалами, с диагнозом и планом лечения.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным согласием и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции.

Я внимательно прочитал(а) данное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом.

Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

_____ (ФИО и подпись родителя или законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ
МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента)
" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента либо законного представителя пациента)

_____ (адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)
проживающий _____ по _____ адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (виды медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно - Согласие, клиническая апробация) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого Согласие дает законный представитель пациента)
" ____ " _____ года рождения (заполняется при даче Согласия)
(дата рождения пациента, в отношении которого Согласие дает законный представитель пациента)
законным представителем пациента), законным представителем которого я являюсь, в

_____ (полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти)
согласно _____ протоколу _____ клинической _____ апробации

_____ (идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским _____ работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, применяемые при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе ранее не применявшиеся

_____ (названия ранее не применявшихся методов, на которые дается Согласие),
связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе прогнозируемые осложнения, указанные в конкретном протоколе клинической апробации, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких (всех) видов медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации на любом этапе ее оказания (в том числе в случае, если было оформлено Согласие) или потребовать его (их) прекращения.

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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента, номер телефона)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г
(дата оформления)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на применение зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов вне показаний инструкции по медицинскому применению в целях лечения
новой коронавирусной инфекции COVID-19

Я, _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства (пребывания) гражданина или его законного представителя)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ года рождения/
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю согласие на применение зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов вне показаний инструкции по медицинскому применению при новой коронавирусной инфекции COVID-19 в рамках осуществления медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 г. № 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мною/ лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*

_____ (полное наименование медицинской организации, структурного подразделения)

Медицинским работником

_____ (должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы, возможные варианты применения зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов вне показаний инструкции по медицинскому применению в целях противовирусной терапии в ходе лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, связанный с этим риск, последствия применения данных лекарственных препаратов, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в ходе которой применяются данные лекарственные средства. В том числе, я проинформирован о том, что эффективность препаратов

_____ (название препаратов)

для профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в настоящее время не подтверждена объективными данными.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от применения зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов вне показаний инструкции по медицинскому применению в целях противовирусной терапии в ходе лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, в ходе одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также разъяснены последствия такого отказа для состояния моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*.

_____ (подпись и ФИО гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на лечение (продолжение лечения)

(нужное подчеркнуть)

коронавирусной инфекции (COVID-19)/внебольничной пневмонии предположительно коронавирусной
этиологии

(нужное подчеркнуть)

в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции

Я, _____
(ФИО гражданина - полностью)

« ____ » _____ года рождения, проживающий по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

_____ (мобильный телефон гражданина)

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) лечащим врачом **о возможности лечения (продолжения лечения)**

(нужное подчеркнуть)

коронавирусной инфекции(COVID-19) / внебольничной пневмонии предположительно коронавирусной
этиологии (нужное подчеркнуть) амбулаторно (на дому) в связи с положительной динамикой заболевания.

Лечащим

врачом

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснено, что мне запрещено покидать жилое помещение в течение календарных дней после подписания настоящего Соглашения, если более длительный срок не будет установлен в ходе лечения, вне зависимости от наличия и (или) результатов выполненных ПЦР-исследований на РНК коронавируса, в связи с чем я даю добровольное согласие на продолжение лечения в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции на дому по адресу:

Мне разъяснено, что я обязан(-а):

- не покидать указанное помещение, находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате;
- не посещать работу, учебу, магазины, аптеки, никакие общественные места и массовые скопления людей, не пользоваться общественным транспортом, не контактировать с третьими лицами;
- при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами в обязательном порядке носить медицинскую маску;
- соблюдать врачебные и санитарные предписания, изложенные в памятках, врученных мне медицинским работником, а также предписания, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля при посещении меня медицинским работником на дому;
- в течение суток с момента подписания настоящего Соглашения обеспечить:
 - 1) подключение к дистанционному медицинскому сервису ТМИС (телемедицинская информационная система) и его использование для получения врачебных консультаций с использованием телемедицинских технологий;
 - 2) установку и использование специального программного обеспечения «Социальный мониторинг», установленного на индивидуальном мобильном устройстве (смартфон, планшетный компьютер, носимое устройство) подключенном к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
 - 3) сетям сотовой связи, позволяющего установить в электронном виде мое нахождение в определенной геолокации в городе Москве (мобильное приложение «Социальный мониторинг»).
 - 4) Я проинформирован(-а), что в случае нарушения мною режима изоляции, а также в случае не установки и (или) неиспользования и (или) использования в нарушение инструкции мобильного приложения «Социальный мониторинг» я буду изолирован(-а) в обсерватор.

Я предупрежден(-а), что нарушение режима изоляции может повлечь привлечение меня **к административной**

ответственности:

ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ: нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, при возникновении угрозы

распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от пятнадцати тысяч до сорока тысяч рублей;

ст. 20.6.1 КоАП РФ: невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до тридцати тысяч рублей; действия (бездействие), повлекшие причинение вреда здоровью человека или имуществу, либо повторное нарушение влекут наложение административного штрафа на граждан в размере от пятнадцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей;

ч. 2, 3, 4 ст. 3.18.1 Кодекса города Москвы об административных правонарушениях: невыполнение гражданами требований нормативных правовых актов города Москвы, направленных на введение и обеспечение режима повышенной готовности на территории города Москвы, в том числе необеспечение режима самоизоляции, если эти действия (бездействие) не содержат уголовно наказуемого деяния или не влекут административной ответственности в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях влечет наложение административного штрафа на граждан в размере четырех тысяч рублей; повторное совершение нарушения влечет наложение административного штрафа на граждан в размере пяти тысяч рублей;

совершение административного правонарушения, предусмотренного **частью 2 настоящей статьи**, с использованием транспортного средства - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере пяти тысяч рублей;

или **к уголовной ответственности, предусмотренной ст. 236 УК РФ:**

ч. 1 - нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, либо создавшее угрозу наступления таких последствий наказуется штрафом в размере от пятисот тысяч до семисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до восемнадцать месяцев, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок; **ч.2** - то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказуется штрафом от одного миллиона до двух миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на срок от двух до четырех лет, либо принудительными работами на срок от трех до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок; **ч. 3** - то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, наказуется принудительными работами на срок от четырех до пяти лет либо лишением свободы на срок от пяти до семи лет.

В соответствии с п. 4 ст. 9 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку следующих моих персональных данных: а) фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата и место рождения, тип, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства (пребывания), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной почты), иные сведения, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы, б) биометрических персональных данных (цифровое фотографическое изображение лица).

Даю согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем Соглашении (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу в пределах Российской Федерации (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) в государственной информационной системе «Единый центр хранения и обработки данных» (ГИС «ЕЦХД») и в информационной системе, обеспечивающей функционирование мобильного приложения «Социальный мониторинг» (ИС «Социальный мониторинг»), в целях контроля за перемещением гражданина, находящегося в режиме изоляции с использованием указанных систем:

- 1) Департаменту информационных технологий города Москвы - оператору ГИС «ЕЦХД», администратору ИС «Социальный мониторинг» (123112, город Москва, 1-й Красногвардейский проезд, дом 21 строение 1);
- 2) Государственному казенному учреждению города Москвы «Московское городское агентство по телекоммуникациям» - организации, обеспечивающей эксплуатацию ГИС «ЕЦХД» (121059, город Москва, Бородинская 1-я улица, дом 2а).

Соглашаюсь с тем, что указанные лица вправе осуществлять автоматизированную обработку персональных данных, указанных в настоящем Соглашении, или их обработку без использования средств автоматизации, в том числе с передачей по каналам связи, а также вправе поручить обработку моих персональных данных другому лицу (лицам).
Согласие действует со дня его подписания до дня окончания режима изоляции по решению лечащего врача.

Согласие на обработку моих персональных данных у каждого из операторов может быть отозвано путем личного обращения или направления письменного обращения, что будет являться фактом неиспользования мобильного приложения «Социальный мониторинг», о последствиях которого я проинформирован.

Я даю свое согласие на осуществление фотосъемки с одновременной идентификацией гражданина посредством предъявления документа, удостоверяющего личность, с последующей передачей данной информации в ГИС «ЕЦХД» и ИС «Социальный мониторинг». Я проинформирован(-а), что мне будет оказана техническая поддержка при установке и использовании мобильного приложения «Социальный мониторинг» по указанному мной в настоящем Соглашении номеру мобильного телефона.

(подпись и ФИО гражданина)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на соблюдение режима изоляции**

Я,

(ФИО гражданина - полностью)

« ____ » _____ года рождения, проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

(мобильный телефон гражданина)

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

(ФИО медицинского работника)

о необходимости самоизоляции в домашних условиях на срок не менее _____ дней в связи с наличием контактов с больными COVID-19.

В доступной для меня форме разъяснено, что мне запрещено покидать жилое помещение в течение календарных дней после подписания настоящего Соглашения, если более длительный срок не будет установлен в зависимости от результатов, выполненных ПЦР-исследований на РНК коронавируса, в связи с чем я даю добровольное согласие на соблюдение режима изоляции на дому по адресу:

Мне разъяснено, что я обязан(-а):

- не покидать указанное помещение, находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате;
- не посещать работу, учебу, магазины, аптеки, никакие общественные места и массовые скопления людей, не пользоваться общественным транспортом, не контактировать с третьими лицами;
- при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами в обязательном порядке носить медицинскую маску;
- соблюдать врачебные и санитарные предписания;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля перед началом работы;
- при появлении клинических признаков развития новой коронавирусной инфекции (COVID-19), таких как повышение температуры, кашель, одышка, утомляемость, ощущение заложенности в грудной клетке и т.д., незамедлительно обратиться к врачу.

Согласие действует со дня его подписания до дня окончания режима изоляции.

(подпись и ФИО гражданина)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на получение плановой медицинской помощи
в стационарных условиях взрослого населения в период повышенной
заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Я, _____
(ФИО гражданина - полностью)

« ____ » _____ года рождения, проживающий по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

(мобильный телефон гражданина)

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

(должность и ФИО медицинского работника)

о необходимости проведения мне плановой госпитализации в период повышенной
заболеваемости населения города Москвы новой коронавирусной инфекцией COVID-19

(подпись и ФИО гражданина)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на получение несовершеннолетним до 15 лет плановой медицинской помощи
в стационарных условиях в период повышенной заболеваемости
населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19**

Я, _____

(ФИО родителя или законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства родителя либо законного представителя)

(мобильный телефон гражданина)

являясь законным представителем несовершеннолетнего до 15 лет (далее – ребенок)
(отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель – *нужное подчеркнуть*)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, дата рождения)

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

(Ф.И.О., должность медицинского работника)

**о необходимости проведения моему ребенку плановой госпитализации в период повышенной
заболеваемости населения города Москвы новой коронавирусной инфекцией COVID-19**

(подпись и ФИО родителя или законного представителя ребенка)

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на использование цифрового браслета стационарного пациента**

Я, _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина, либо его законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина, либо его законного представителя)

Проживающий _____ по
адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

/в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия его законным представителем)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании его законным представителем)

_____ /
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

уведомлен (а) медицинским работником _____
(должность и ФИО медицинского работника)

о нижеследующем:

- ношение цифровых браслетов в Университетских клинических больницах Сеченовского Университета (далее – больница) предусмотрено с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи и для обеспечения безопасности пребывания пациента в стационаре;
- использование цифрового браслета позволит полностью исключить ошибки идентификации личности пациента на всех этапах диагностики и лечения, а также обеспечит профилактику падений и непрерывный мониторинг аллергологического статуса пациента;
- на браслете отражается следующая информация из электронной медицинской карты (ЭМК) пациента - ФИО и дата рождения, номер текущей стационарной медицинской карты, QR-код, позволяющий открыть ЭМК на компьютере или на планшете медицинского работника больницы, специальные символы, которые помогут медицинскому персоналу больницы оперативно оценить текущее состояние Вашего здоровья и своевременно оказать Вам необходимую медицинскую помощь;
- цифровой браслет с данными пациента распечатывается и надевают на руку при госпитализации в приемном отделении больницы;
- цифровой браслет необходимо носить на протяжении всей госпитализации;
- при выходе браслета из строя или в случае его утери, необходимо обратиться на пост отделения для распечатки нового браслета;
- при выписке из больницы или при переводе в другое отделение цифровой браслет необходимо сдать постовой медицинской сестре для последующей утилизации;
- в период госпитализации перед оказанием любой медицинской услуги (выдача и/или введение лекарственных препаратов, осуществление анестезиологического пособия, проведение оперативного вмешательства, проведение консультации, выполнение диагностических исследований, переливание крови и/или ее компонентов) необходимо предоставить медицинскому персоналу больницы возможность считывания QR-кода сканером или планшетом с цифрового браслета для оперативного доступа к ЭМК;
- необходимым условием для открытия ЭМК при считывании QR-кода является предустановка медицинской информационной системы Клинического центра на данный компьютер или планшет, считывание QR-кода и открытие ЭМК с использованием других электронных устройств невозможно;
- если в период госпитализации пациент покидает здание больницы, то при входе и выходе из больницы необходимо воспользоваться считывателем QR-кода, расположенным на турникете у поста охраны;

Мне в доступной форме разъяснены цели и направления использования цифрового браслета стационарного пациента на весь период госпитализации. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*.

Я, _____
(подпись и ФИО гражданина или его законного представителя)

даю согласие.

не даю согласие.

Дата _____

Расписался в моем присутствии _____
(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АППАРАТНУЮ РЕИНФУЗИЮ АУТОЛОГИЧНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель аппаратной реинфузии аутологичных эритроцитов, её необходимость, характер и особенности процедуры, её возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех необходимых лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от аппаратной реинфузии аутологичных эритроцитов.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я согласен с предложенным лечением _____

_____ (подпись пациента, Ф.И.О., дата)

или расписался

_____ (подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

Или что удостоверяют
присутствовавшие при беседе _____
(подпись, Ф.И.О. врача)

_____ (подписи свидетелей беседы)

Я не согласен с предложенным лечением _____

_____ (подпись пациента, Ф.И.О., дата)

_____ (подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или что удостоверяют
присутствовавшие при беседе _____
(подпись, Ф.И.О. врача)

_____ (подписи свидетелей беседы)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРИСУТСТВИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ ВО ВРЕМЯ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА
ИЛИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Подписывая данный документ я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество пациента)

понимаю, что обратился за получением медицинской помощи

в _____,

_____ (наименование структурного подразделения)

которая(ый) является структурным подразделением Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), обеспечивающим учебный и научный процесс в Сеченовском Университете, и я даю свое согласие на присутствие обучающихся Сеченовского Университета во время врачебных осмотров или проведения в отношении меня медицинского вмешательства.

Я также даю свое добровольное согласие на использование Сеченовским Университетом информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачебную тайну, для проведения научных исследований, в том числе для создания баз данных и алгоритмов на базе машинного обучения (искусственный интеллект) и систем поддержки принятия врачебных решений, для публикации в научной литературе и для использования этих сведений в учебном процессе (без указания моих персональных данных).

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____

(ФИО гражданина или его законного представителя)

«__» _____ 20__ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина или его законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина или его законного представителя)
проживающий _____ по _____ адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

/в отношении _____

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ /
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*), противоопухолевого лекарственного лечения _____

(вид противоопухолевого лекарственного лечения)

с применением лекарственных препаратов в дозировке: _____

_____ (наименование и дозировка лекарственных препаратов)

В _____

(наименование структурного подразделения)

Медицинским _____ работником

_____ (должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы лечения, связанный с ним риск, его предполагаемые результаты и вероятность развития наиболее часто встречающихся осложнений:

_____ (перечень наиболее часто встречающихся осложнений)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения противоопухолевого лекарственного лечения или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*), в том числе после смерти:

_____ (ФИО указанного гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись и ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

_____ (должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

<p>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт №: _____ - _____, выдан _____, являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)</p>

находясь (находящегося) на лечении в _____
(наименование структурного подразделения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____
(ФИО лечащего врача)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены другими врачами-специалистами по согласованию с моим лечащим врачом.

Мне сообщено, что в отделении паллиативной медицинской помощи не оказывается этиопатогенетической терапии (т.е. не проводится специализированного лечения основного заболевания) и целями оказания паллиативной медицинской помощи являются избавление от боли (в том числе с применением наркотических средств и психотропных веществ) и облегчение других тягостных симптомов для улучшения качества жизни.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения.

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) обследование и лечение.

Я предупрежден о том, что в случае состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью и/или наличия признаков биологической смерти реанимационные мероприятия не проводятся.

Я предупрежден(а), что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан(а) из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Я **СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН** (нужное подчеркнуть) получать информацию о своем (пациента, законным представителем которого я являюсь) заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

Разрешаю предоставить информацию о моем (лица, законным представителем которого я являюсь) диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам (указать - ФИО):

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ С СИСТЕМОЙ ЭЛАЙНЕРОВ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____ -
_____, выдан _____, являюсь законным
представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

уведомлен (а) моим лечащим врачом _____
(ФИО лечащего врача)

1. Об альтернативных системах ортодонтического лечения, подходящих для пациента. Альтернативы невидимым каппами: решение не приступать к ортодонтическому лечению, иными словами не корректировать зубной ряд; традиционное лечение посредством металлических брекетов, керамических укреплений, лингвальной ортодонтии с использованием металлических укреплений и лигатур в полости рта. Выбор зависит, в том числе, от клинической ситуации, пожеланий пациента и от оценки врача-ортодонта возможности проведения лечения тем или иным методом.
2. При значительном дефиците места в полости рта в плане лечения возможно будет рекомендовано интерпроксимальная сепарация (IPR) или удаление одного из зубов (или зубов мудрости).
3. При нарушении пациентом порядка лечения, сроков ношения, неявки на назначаемые врачебные осмотры и невыполнении пациентом врачебных назначений клиника снимает с себя ответственность за результаты лечения и все необходимые дополнительные лечебные мероприятия (изготовление новых капп, необходимое лечение) могут быть осуществлены только за дополнительную плату.
4. До изготовления капп полость рта должна быть полностью санированной.
5. Пациент обязуется следовать инструкции по применению капп.

Я, _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

даю свое согласие на ортодонтическое лечение без брекетов методом элайнеров.

По результатам диагностического обследования специальная компьютерная программа анализирует состояние прикуса, рассчитывая количество и индивидуальную форму элайнеров для передвижения зубов, прогноз и сроки лечения, моделируя конечный результат передвижения зубов. В некоторых случаях могут быть необходимы дополнительные элементы (аттачмены). Аттачмены - специальные активаторы, фиксированные на зубах. Целью курса лечения по данной методике является коррекция патологии прикуса с помощью системы прозрачных, съемных элайнеров, которые будут изготовлены индивидуально для моего клинического случая, с учетом рассчитанных индивидуальных физиологических норм нагрузки для передвижения зубов. Исправления прикуса с помощью капп-элайнеров напрямую зависит от сложности случая и моих индивидуальных особенностей. До начала лечения полость рта должна быть санированной.

Врач _____ после предварительных диагностических исследований и клинической оценки моих патологических условий объяснил мне, что:

1. До начала лечения мне проведут демонстрацию чек-лайн (3D-модель лечения). 3D-модель может незначительно отличаться и иметь погрешности относительно реальной ситуации. Результат достигается только в том случае, если я буду строго следовать инструкции по использованию капп. Так же результат лечения зависит от физиологических составляющих пациента. В случае, если на этапе или в конце лечения результаты лечения будут отличаться от предварительно согласованной 3D-модели лечения, необходимо выполнить корректировку лечения. Информацию о приблизительных сроках лечения в каждом конкретном случае можно узнать после проведенной 3D-диагностики.
2. Для достижения желаемого результата лечения мне необходимо взять на себя обязательства по строгому выполнению инструкции по использованию элайнеров и рекомендаций врача-ортодонта в процессе лечения.
3. Каппы для выравнивания зубного ряда следует носить всегда, за исключением отрезков времени приема пищи, чистки зубов и ухода за каппами.
4. После установки индивидуальной каппы в течение нескольких суток я могу в некоторой степени ощущать дискомфорт в зубах, положение которых необходимо изменить. Я понимаю, что такой дискомфорт является естественным следствием давления, оказываемого каппой на зубы. В случае, если у меня возникнут трудности с дикцией в первый день начала курса лечения с применением элайнеров, я должен буду выполнять упражнения по модуляции и читать вслух.

5. При каждой замене каппы ощущается некоторое неудобство. Это вполне естественно, так как каппа становится активной в процессе лечения. Это легкое неудобство исчезает за один-два дня.

6. Не рекомендовано жевать жевательную резинку во время ношения капп, так как это может привести к поломке аппарата.

7. Желательно не курить, не пить чай, кофе и/или фруктовые соки с каппами на зубах, чтобы избежать формирования на них пятен. Каппы могут перестать быть невидимыми, при этом их клиническое действие не нарушается.

8. Каппу следует снимать перед приемом пищи, поэтому не нужно менять собственные привычки питания. Во время приема пищи советуем хранить чистые каппы в специальном пенале с отверстиями для хорошей вентиляции. После каждого приема пищи следует аккуратно прочистить зубы зубной щеткой и нитью для чистки зубов. Только после этого следует надевать каппу.

9. В некоторых случаях рекомендуется сепарация зубов путем сошлифовывания эмали в промежутках между зубами с целью создания межзубного пространства.

10. Применение некоторых лекарственных средств может оказывать влияние на сроки лечения. Сообщите врачу о применяемых лекарственных средствах _____

11. Недостаточное участие пациента, неправильное использование капп, несоблюдение сроков ношения и указаний врача- ортодонта может продлить сроки лечения и быть причиной неуспешного лечения.

12. При нежелании пациента продолжать начатое ортодонтическое лечение с применением элайнеров денежные средства за оплаченное лечение пациенту не возвращаются.

13. Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить ортодонтическое лечение, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: дальнейшее усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирующее стираемость зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывании по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

14. При определении у пациента стираемости зубов, наличии реставраций (коронки, накладок, пломбы) может потребоваться их замена, а также протезирование в участках полости рта с повышенным сошлифовыванием твердых тканей зубов в конце ортодонтического лечения. При наличии у пациента смещения нижней челюсти в конце или на этапе ортодонтического лечения может потребоваться ношение окклюзионной шины, результатом лечения которой будет являться тотальная ортопедическая реабилитация полости рта. Мне понятно, что тотальное протезирование не является осложнением лечения и не является некачественной работой врача. Мне понятно, что тотальное протезирование будет являться рекомендованным планом лечения с максимальной стабильностью результата лечения при повышенной стираемости зубов, наличии большого количества реставраций и смещения нижней челюсти.

При принятии решения приступить к ортодонтическому лечению методом с применением элайнеров, **я обязуюсь использовать индивидуальные каппы не менее 22 часов в сутки. Обязуюсь снимать каппы только во время приема пищи или для их чистки:**

15 минут - утренняя чистка

30 минут – во время завтрака

30 минут – обеденное время

30 минут – во время ужина

15 минут – вечерняя чистка

Не снимать элайнеры больше чем на 30 минут во избежание рецидива неправильного положения зубов.

В соответствии с инструкцией по использованию элайнеров я обязуюсь:

- мыть каппы прохладной водой, чтобы не деформировать их, используя нейтральные моющие средства (не использовать зубную пасту);

- хранить свои каппы в специальном контейнере, чтобы предотвратить их потерю или поломку,

- извлекать свои каппы в области задних моляров, чтобы случайно не сломать их.

-проводить профессиональную гигиену не реже одного раза в 3 месяца (если не рекомендованы другие сроки); следить за гигиеной полости рта и за состоянием капп, чтобы предотвратить возникновение воспалительных заболеваний десен, заболеваний зубов, которые приводят к замедлению курса лечения и изменению результата лечения.

Я должен (-на) пунктуально являться на контрольные осмотры, назначенные мне врачом-ортодонтом для проверки эффективности курса лечения. При каждом моем посещении врача-ортодонта мне будет выдаваться следующий комплект элайнеров, и я буду продолжать курс лечения по назначению врача. Я буду использовать каждую пару капп в течение установленного срока. Если у меня не будет возможности явиться на прием к доктору в назначенную дату, я буду продолжать носить последний набор капп до визита к врачу. **Я понимаю, что несвоевременное обращение к врачу-ортодону приведет к увеличению срока коррекционного периода.**

В течение процедуры выравнивания возможны некоторые изменения (в зависимости от сложности клинического случая), и возможно потребуются смена элайнеров. **В этих случаях будет составлен дополнительный план лечения, который оплачивается отдельно согласно прейскуранту на день оплаты стоматологических услуг. Заказ сломанной или утерянной каппы (1 шт.) _____. Дополнительная доработка лечения (включая новые ортодонтические задачи) _____. Доставка _____.**

По завершении процесса лечения с применением системы элайнеров наступит ретенционный период. Если на конечном этапе лечения не произвести правильную ретенцию, зубы могут сдвинуться по разным причинам

(например, из-за роста челюсти или из-за жевательных привычек). Врач-ортодонт не может заранее предвидеть и проконтролировать эти случаи. Срок ретенционного периода и метод закрепления достигнутого результата лечения будут установлены индивидуально, с учетом имеющейся патологии прикуса до начала ортодонтического лечения. **Лечение в ретенционном периоде не входит в общую стоимость лечения методом с применением элайнеров.**

Я, _____
(ФИО гражданина или его законного представителя)

был (ла) ознакомлен (на) со всей вышеуказанной информацией об ортодонтическом лечении и подтверждаю, что вышеуказанная информация мне понятна. Я согласен(а), что процесс лечения с применением системы элайнеров не может абсолютно контролироваться врачом. Я освобождаю от любой ответственности лечащего доктора, а также вспомогательный и административный персонал от ответственности, претензий или жалоб на неудовлетворительные результаты оказанной медицинской услуги, непосредственно во время курса лечения, связанные с невыполнением мною рекомендаций лечащего доктора в процессе лечения.

Я даю согласие на использование моих фотографий, моделей и рентгеновских снимков в исследовательских и дидактических целях, в том числе для публикации журнальных статей, без указания моих персональных данных.

(ФИО и подпись гражданина или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

_____ (наименование структурного подразделения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ДОНОРА БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЛИБО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ
ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА БИОМЕДИЦИНСКОГО КЛЕТОЧНОГО
ПРОДУКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ, В ЦЕЛЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ДОКЛИНИЧЕСКИХ И (ИЛИ) КЛИНИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

Я, _____

(Ф.И.О. донора биологического материала (далее - донор), его родителя или иного законного представителя, наименование и реквизиты документа, подтверждающего статус родителя донора биологического материала или полномочия иного законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

_____ (адрес места жительства (пребывания) донора, его родителя либо иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на безвозмездное предоставление мною/лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

(полное наименование медицинской организации)

биологического материала (_____)

для производства биомедицинского клеточного продукта (_____)
_____),

в том числе, в целях проведения доклинических исследований и (или) клинических исследований.

Медицинским работником _____

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне предоставлена информация о биомедицинском клеточном продукте, для производства которого предоставляется биологический материал, в том числе, о целях производства биологического продукта, его назначении и производителе, а также о порядке получения и использования биологического материала, о возможных последствиях изъятия биологического материала для здоровья донора.

Мне разъяснены права донора (его родителя, иного законного представителя), в том числе на:

Разъяснено
(ненужное зачеркнуть)

-защиту прав и охрану здоровья донора;	да/нет
-ознакомление с результатами медицинского обследования донора	да/нет
-получение медицинской помощи в рамках программы государственных	да/нет

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случае возникновения у донора реакций и осложнений, связанных с донорством;
-отказ в любой момент от предоставления биологического материала

да/нет

Также мне разъяснены обязанности донора (его родителя, иного законного представителя):

Разъяснено

(ненужное зачеркнуть)

-сообщить информацию об известных ему заболеваниях, перенесенных донором и (или) имеющихся у донора, информацию об употреблении донором наркотических средств, психотропных веществ, лекарственных препаратов, иные сведения, имеющие значение для обеспечения безопасного донорства биологического материала, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

да/нет

-пройти бесплатное медицинское обследование в целях выявления у донора противопоказаний (абсолютных и относительных) для получения биологического материала

да/нет

Я уведомлен о нижеследующем:

Уведомлен

(ненужное зачеркнуть)

-получение биологического материала у несовершеннолетнего лица (за исключением несовершеннолетнего лица, объявленного в установленном законом порядке полностью дееспособным), а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным или ограниченно дееспособным, допускается только в случаях, если биомедицинский клеточный продукт предназначен для применения исключительно этим лицам или их родственникам - биологическим родителям, родным детям, родным братьям и родным сестрам;

да/нет

-донор биологического материала (один из его родителей или иной законный представитель) при прижизненном донорстве, умышленно скрывший или искаживший известные ему сведения о состоянии здоровья донора при осуществлении им прижизненного донорства биологического материала, в результате чего был причинен вред жизни, здоровью пациента, медицинских работников, иных лиц, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации

да/нет

Я проинформирован (а) о том, что будет обеспечена конфиденциальность персональных данных, мною предоставленных.

(подпись)

(Ф.И.О. донора, его родителя или иного законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

**РЕШЕНИЕ
О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)
БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО**

Консилиум в составе/лечащий (дежурный) врач (при невозможности собрать консилиум): (нужное подчеркнуть)

_____ (Ф.И.О., должности)

принял решение о необходимости неотложного медицинского вмешательства (операции) без согласия и в интересах больного _____

_____ (ФИО пациента)

Основания:

1. Состояние больного, не позволяющее ему выразить свою волю:

2. Отсутствие законного представителя больного:

- не достигшего 15-летнего возраста;
- признанного, в установленном порядке недееспособным.

Подписи членов консилиума или лечащего (дежурного) врача

_____ (подпись, дата)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись, дата)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись, дата)

_____ (расшифровка подписи)

Ознакомлены: лечащий врач и заместитель главного врача УКБ

_____ (подпись, дата)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись, дата)

_____ (расшифровка подписи)

Ознакомлен: законный представитель больного _____

_____ (ФИО законного представителя больного, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного, дата, подпись)

Дата _____

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Главному врачу _____
(наименование структурного подразделения)

(ФИО главного врача)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
ОБ ОТМЕНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
проживающий по адресу _____,
паспорт: серия _____, номер _____, дата выдачи _____
_____, кем выдан _____,
являющийся умершему супругом, супругой, сыном, дочерью, отцом, матерью, усыновленным,
усыновленной, усыновителем, родным братом, родной сестрой, внуком, внучкой, дедушкой,
бабушкой, иным родственником (указать) _____ или законным представителем (нужное подчеркнуть),
прошу не проводить патолого-анатомическое вскрытие умершего _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего)
дата рождения умершего _____, дата смерти умершего _____
_____ по следующим основаниям (религиозные мотивы,
волеизъявление умершего, сделанное им при жизни) (указать): _____.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован об установленных [частью 3](#) статьи 67
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации" случаях, при которых патолого-анатомическое вскрытие проводится
вне зависимости от наличия настоящего заявления.

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в
качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинской организации.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

Решение (подчеркнуть):

1. Провести патолого-анатомическое вскрытие.
2. Патолого-анатомическое вскрытие не производить.

Основание к принятому решению (подчеркнуть):

1. Случай (случаи), при котором (которых) патолого-анатомическое вскрытие проводится
вне зависимости от наличия настоящего заявления (указать номера соответствующих пунктов [части
3 статьи 67](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации"), и его (их) мотивированное обоснование: _____.

2. Отсутствие случая (случаев), при котором (которых) патолого-анатомическое вскрытие
проводится вне зависимости от наличия настоящего заявления.

Главный врач

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения, отделения)

**ОТКАЗ
ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Я, _____
(ФИО пациента)

или законный представитель
пациента

(ФИО законного представителя пациента,

реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации в

(наименование структурного подразделения)

О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его течения информирован(а),
рекомендации по лечению получил(а).

Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к
лечебно-профилактическому учреждению в случае развития негативных последствий вследствие
моего решения.

(подпись и ФИО пациента или его законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения, отделения)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(ФИО и дата рождения гражданина, либо его законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо его законного представителя)

в отношении _____ «__» _____ г.
рождения,
(ФИО пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 23.04.2012 г. № 390н (далее – Перечень):

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским _____ работником

_____ (должность и ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (ФИО гражданина или его законного представителя)

_____ (подпись) _____ (ФИО медицинского работника)

«__» _____ г.
(дата оформления)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

_____ (наименование подразделения)

**ОТКАЗ
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ,
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента)
" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____ (дата рождения пациент, либо законного представителя пациента)

_____ (адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)
проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по адресу регистрации)
отказываюсь от следующего медицинского вмешательства (следующих видов медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно - отказ, клиническая апробация) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого отказ подписывает законный представитель пациента)
" ____ " _____ года рождения (заполняется при подписании отказа)
(дата рождения пациента, в отношении которого отказ подписывает законный представитель пациента)
законным представителем пациента), законным представителем которого я являюсь:

_____ (наименование медицинского вмешательства (видов медицинского вмешательства))

В

_____ (полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти)

согласно _____ протоколу _____ клинической _____ апробации
_____ (идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским _____ работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента, номер телефона)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ Г.
(дата оформления)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

(наименование подразделения)

**ОТКАЗ
ОТ УЧАСТИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В ОКАЗАНИИ ПАЦИЕНТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет (далее – ребенок), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт №: _____,
выдан _____, являюсь законным представителем
ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год его рождения)

настоящим отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), медицинской помощи в

(наименование структурного подразделения)

Я проинформирован и отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне / лицу, законным представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть*), медицинской помощи.

(подпись и ФИО гражданина или законного представителя)

Дата _____

Расписался в моем присутствии

(должность и ФИО врача, подпись врача)