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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 27.06.2019 |  | № |  044/05 |

**Об утверждении форм**

**информированных добровольных**

**согласий на медицинское вмешательство**

**и форм отказов от медицинского вмешательства**

**в 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-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

 1. Утвердить следующие формы информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство в 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 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 (приложение №3).

1.4. Информированное добровольное согласие на операцию переливания крови, ее компонентов или кровезаменителей (приложение № 4).

1.5. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (приложение № 5).

1.6. Информированное добровольное согласие на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) (приложение № 6).

1.7. Информированное добровольное согласие на операцию (приложение № 7).

1.8. Информированное добровольное согласие на присутствие обучающихся во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну (приложение № 8).

1.9. Информированное добровольное согласие на лабораторные методы обследования и получение результатов (приложение №9).

1.10. Информированное добровольное согласие на лабораторные методы обследования и получение результатов (для родителя либо законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет) (приложение № 10).

1.11. Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию. (приложение №11).

1.12. Информированное добровольное согласие на использование пациентом лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, расходных материалов, приобретенных за счет собственных средств (приложение № 12).

 1.13. Информированное добровольное согласие на внутривенное введение контрастного препарата (приложение №13).

 1.14 Информированное добровольное согласие на радионуклидное исследование (приложение №14).

 1.15. Информированное добровольное согласие на рентгенодиагностическое исследование (приложение №15).

 1.16. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии (приложение №16).

 1.17. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии при наличии металлических имплантов (приложение №17).

 1.18. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением (приложение №18).

1.19. Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них (приложение № 19).

1.20. Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (приложение № 20).

1.21. Информированное добровольное согласие на введение лекарственного препарата новорожденному (приложение № 21).

 1.22. Информированное добровольное согласие законного представителя новорожденного на выполнение инвазивного исследования, вмешательства, операции (приложение №22).

1.23. Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий (приложение №23).

1.24. Информированное добровольное согласие на криоконсервацию ооцитов/эмбрионов/сперматозоидов (приложение №24).

1.25. Информированное добровольное согласие на проведение операции редукции эмбриона(ов) (приложение №25).

1.26. Информированное добровольное согласие на медикаментозное прерывание беременности малого срока (приложение №26).

1.27. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (стоматология терапевтическая) (приложение №27).

1.28. Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения (приложение №28).

1.29. Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства (стоматология хирургическая детская) (приложение №29).

1.30. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (ортодонтия) (приложение №30).

1.31. Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы и изготовление съемного/несъемного ретейнера (приложение №31)

1.32. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (пародонтология) (приложение №32).

1.33. Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения (приложение №33).

1.34. Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства (стоматология хирургическая) (приложение №34)

1.35. Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (приложение № 35)

2. Утвердить форму: Решение о проведении медицинского вмешательства (операции) без согласия больного (приложение № 36).

3. Утвердить следующие формы отказов от медицинского вмешательства в подразделениях Клинического центра:

3.1. Заявление о непроведении патологоанатомического вскрытия (приложение № 37).

3.2. Отказ от госпитализации (приложение № 38).

3.3. Отказ от медицинского вмешательства (приложение № 39).

3.4. Отказ от оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (приложение №40).

3.5. Отказ от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании пациенту медицинской помощи (приложение №41).

4. Руководителям 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 частных правовых отношений с лечебным 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. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей структурных подразделений Клинического центра.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор О.С.Волкова

**Е.Л. Реброва**

**+7 (499) 248-54-84**

Заместитель директора по медицинской части

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.П. Грибова

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года

Начальник юридического отдела

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.С. Арсланян

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года

Начальник управления правового

обеспечения и кадровой политики

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.В. Клюев

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года

**Рассылка:**

01. Канцелярия

02. Волкова О.С.

03. Грибова Э.П.

04. Реброва Е.Л.

05.Главные врачи

06.Семитко С.П.

07. Лукашев А.Н.

08.ЦПАО

09.Рагимов А.А.

10.Гитель Е.П.

Приложение №1

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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)

находясь на лечении в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование отделения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения (согласно приложению).

 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 врачами-консультантами 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 обследование и лечение.

 Я предупрежден, 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 получать информацию о своем заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

 ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ РАЗРЕШАЮ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ:

1.ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,
 имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего
 право представлять интересы пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись леч.врача, Ф.И.О., дата)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №2

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |

поставлен (поставлена) в известность, что я госпитализирован (госпитализирована) в отделение

(указать название отделения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача:

* диагностических исследований, включая лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, проведение ультразвуковых исследований;
* лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, физиотерапевтических процедур.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

- Я извещен (а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать; Я предупрежден(а), что за грубое нарушение режима могу быть досрочно выписан(а) из лечебно-профилактического учреждения.

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

 Я СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН получать информацию о своем заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

 ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ РАЗРЕШАЮ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ:

1.ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,
 имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: |  |  |
| Врач |  |
|  | (Должность, И.О. Фамилия) |

Приложение № 3

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  г. рождения, зарегистрированный по адресу: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |  |

даю информированное добровольное согласие 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |
| (полное наименование медицинской организации) |  |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. 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 Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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 Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |
| (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон) |  |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |
| « |  | » |  |  г. |
|  |  |  | (дата оформления) |  |

Приложение №4

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ
ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |

(фамилия, имя, отчество)

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 пациента, Ф.И.О., дата)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н

|  |  |
| --- | --- |
| «Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов») |  |
|  |

(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)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н

|  |  |
| --- | --- |
| «Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов») |  |
|  |

(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)

Приложение №5

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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) |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу |  |
|  |
| находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении |  |
|  |
| (наименование отделения, номер палаты) |
| добровольно даю свое согласие на |  |
|  |
|  |

(наименование вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

О последствиях, возможных осложнениях при выполнении анестезии, и о связанным с ними

|  |  |
| --- | --- |
| риском информирован (а) врачом анестезиологом-реаниматологом |  |
|  |

(фамилия, имя, отчество врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач анестезиолог-реаниматолог |  |  |  |

 (расшифровка подписи) (подпись)

Приложение №6

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ЛЕЧЕБНУЮ
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , |

(фамилия, имя, отчество)

|  |  |
| --- | --- |
| « »  | г. рождения, |
| зарегистрированный по адресу: |  |
|  |

(адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - [Перечни](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/740fde43-c24c-4ccc-ab96-32f1ee24fd0c%22%20%5Ct%20%22_blank)), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р,

|  |
| --- |
|  |
| (наименование медицинского вмешательства) |
| Медицинским работником |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. 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 Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/ded48450-65ff-4471-9e11-8845b4c9959d%22%20%5Ct%20%22_blank) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

 Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

 Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/abf35010-6a93-4b2f-a491-eaa082479165%22%20%5Ct%20%22_blank)» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. (дата оформления)

Приложение №7

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ОПЕРАЦИЮ**

|  |  |
| --- | --- |
| Подписывая данный документ я, |  |
|  (фамилия, имя, отчество) |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |
|  |
| находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в |  |
|  |
| (наименование отделения, номер палаты) |
| добровольно даю свое согласие на операцию |  |
|  |

и прошу персонал подразделения о её проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности предстоящего оперативного лечения.

 Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной операции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции или после нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Так же Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

 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, и даже неблагоприятного исхода.

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

 Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

 Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови (и ее компонентов).

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач  |  | подпись |  |

(ФИО, должность) Приложение №8

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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) |

понимаю, что обратился за получением медицинской помощи

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование структурного подразделения)

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

С учетом вышеуказанного статуса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование структурного подразделения)

в которую(ый) я обратился(лась) за медицинской помощью, я также даю свое добровольное согласие на использование Университетом информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе **(без указания имени и фамилии)».**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач  |  | подпись |  |

 (Ф.И.О., должность)

Приложение №9

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

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 персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего 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) Университет не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

 Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ” |  |  |  |

 (дата оформления)

Приложение №10

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 (ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ДО 15 ЛЕТ)**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства родителя либо законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего до 15 лет

*(отец, мать, усыновитель, попечитель, представитель по доверенности (подчеркнуть))*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю информированное добровольное согласие на:

- осуществление ему 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 его персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его 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 электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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 интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. родителя или законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ” |  |  |  |

 (дата оформления)

Приложение №11

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ**

 **ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации,

свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ.

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись обследуемого на ВИЧ Дата

Приложение №12

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗА СЧЕТ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование отделения)

|  |
| --- |
| информирован 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 приобретение за счет собственных средств и использование расходных материалов, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для моего лечения/ выполнение лечебных манипуляций за счет собственных средств :  |
|  |
|  |

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

Материальных претензий к лечебному учреждению не имею

|  |
| --- |
|  |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач  |  |  |  |

 (расшифровка подписи) (подпись)

Приложение №13

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уведомлен о том, что:

(Ф.И.О. пациента)

 Мне 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);

 Я уведомлен, что в случае Если Вы можете отнести себя к одной из вышеперечисленных категорий, необходимо **сообщить об этом** врачу-рентгенологу с целью выбора соответствующей диагностической методики или отказа от использования контрастного препарата.

 Мой 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 контрастного вещества или отказ от него: **согласен / не согласен на введение контрастного препарата** (нужно подчеркнуть)

Ф.И.О.пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО и подпись)

 Приложение №14

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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. пациента или его законного представителя)

информирован о характере и целях радионуклидного исследования,

назначенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кому, кем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я осведомлен о лучевой нагрузке и потенциальном воздействии вводимого препарата на организм. Я информирован о возможности выполнить исследование бесплатно на общих основаниях в установленном Законом порядке. Я даю согласие на введение радиоактивного препарата и выполнение исследования.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Радиофармпрепарат: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объем \_\_\_\_\_\_мл. Фактическая активность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МБк:

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись медицинской сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №15

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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. пациента или его законного представителя)

информирован о характере и целях рентгенодиагностического исследования, назначенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кому, кем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Я даю согласие на введение рентгеноконтрастного препарата и выполнение исследования

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рентгеноконтрастный препарат: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объем \_\_\_\_\_\_мл. Фактическая активность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись операционной медицинской сестры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №16

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 МАГНТИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уведомлен о том, что

(Ф.И.О. пациента)

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 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 исследования МРТ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

(указать область исследования)

Номер истории болезни/амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О, подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись пациента расшифровка подписи (для родственников указать степень родства)

Приложение №17

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 МАГНТИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ**

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

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сообщаю, что мне

(Ф.И.О. пациента)

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 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 выполнение мне исследования МРТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать вид обследования)

В случае возникновения у меня осложнений после проведения исследования, претензий к учреждению иметь не буду.

Номер истории болезни/амбулаторной карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О, подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи )

Приложение №18

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 МАГНТИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ**

 (вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом

на основании представленной медицинской документации)

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен о том, что

(Ф.И.О. пациента)

 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 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 исследования МРТ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

(указать вид обследования)

( ) с контрастным веществом ( ) без контрастного вещества

и даю согласие на проведение необходимых лечебных медицинских мероприятий в случае возникновения у меня осложнений при проведении исследования. В случае возникновения у меня побочных реакций на введение контрастного препарата претензий к учреждению иметь не буду.

Номер истории болезни/амбулаторной карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О, подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись пациента или его законного представителя расшифровка подписи

Приложение №19

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

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 (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в [Программу](http://base.garant.ru/12163876/#1000) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с [пунктом](http://base.garant.ru/12113020/2/#52) 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 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](http://base.garant.ru/12116330/) Правительства Российской Федерации от 15 июля 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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Приложение №20к приказу от 27.06.2019 № 044/05федеральное 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 детям** **или отказа от них**

|  |  |
| --- | --- |
| Подписывая данный документ я, |  |
|  |
|  (фамилия, имя, отчество 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) |
|  | 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](http://base.garant.ru/12163876/#1000) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;г) о выполнении предписаний медицинских работников.2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с [пунктом](http://base.garant.ru/12113020/2/#52) 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 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](http://base.garant.ru/12116330/) Правительства Российской Федерации от 15 июля 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 фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

|  |  |
| --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся (аяся) |  |
|  |
|  (фамилия, имя, отчество 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\_\_\_ г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему и дал ответы на все вопросы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач  |  | подпись |  |

 (Ф.И.О., должность)Приложение №21к приказу от 27.06.2019 № 044/05

|  |
| --- |
| 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, |  |
|  (фамилия, имя, отчество) |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |
|  |
| находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в |  |
|  |
| (наименование отделения, 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, Ф.И.О. 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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач  |  | подпись |  |

(ФИО, должность) |

Приложение №22

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя новорожденного)

**разъяснено,** что в результате имеющейся соматической патологии, осложненного течения беременности и родов *(нужное подчеркнуть)* состояние здоровья моего

ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нарушено, что потребовало перевода его в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей.

**Мне разъяснено,** что для уточнения характера заболевания и проведения лечения ребенку возможно потребуется 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, допплерометрия, транспортировка реанимобилем).

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный 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 отсутствиии 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 ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, **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 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, **Я разрешаю** давать информацию о состоянии моего ребенка и факте нахождения его в отделении только\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**

Ф И О. законного представителя новорожденного

 (отец, мать или опекун)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №23

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ПРИМЕНЕНИЕ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Я (Мы), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О.. 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 ооцитов пациентки/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 потребуется 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, какпротивопоказание 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №24

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 криоконсервацию ооцитов/эмбрионов/сперматозоидов**

Я (Мы):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * « » паспорт
 | * года рождения выдан «
 | * »
 |  | * г.
 |
|  |  |  | * (каким
 |  |
| * отделением милиции), проживающая по адресу:
 |  |  |  |
| * Пациент:
 |
| * « »
 | * года рождения
 |  |  |  |
| * паспорт
 | * выдан «
 | * »
 |  | * г.
 |

Пациентка:

* (каким
* отделением милиции), 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 разьяснено 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 разьяснено, 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 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (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 своего/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

Подпись

Пациент (Ф.И.О.)

20 г.

Дата « »

«Расписались в моем присутствии»

Врач (Ф.И.О.)

Подпись

Приложение №25

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ РЕДУКЦИИ ЭМБРИОНА(ОВ)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения)

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у меня многоплодной беременностью, прошу провести мне редукцию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эмбриона(ов).

Мне разъяснен порядок проведения операции редукции эмбрионов.

Я информирована, что операция редукции эмбрионов 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;
* тромбоэмболические осложнения, которые могут потребовать интенсивной терапии и/или незапланированного оперативного вмешательства (вплоть до удаления матки и ее придатков). Заявляю, что изложила врачу 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 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 имела возможность обсудить с врачом 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.

Ф.И.О. беременной

Подпись Дата

Врач

Приложение №26

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛОГО СРОКА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,** |  |
|  | **(Ф. И. О. гражданина)** |

нижеподписавшаяся подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена что хочу прервать беременность.

Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методом.

Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препаратов Мифепристон и Миролют.

Я предупреждена, что в процессе медикаментозного аборта могут отмечаться побочные; эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные.

Я понимаю, что медикаментозный аборт сопровождается кровяными выделениями из половых путей, которые могут быть более сильными, чем во время обычной менструации.

Я знаю, что в 2-5 % случаев медикаментозное прерывание беременности может быть не эффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путем.

Я знаю, что, если я приму решение сохранить беременность в случае ее прогрессирования после фармаборта , то существует риск для здоровья будущего ребёнка.

Я поняла, что метод медикаментозного способа прерывания беременности включает: приём 3-х таблеток Мифепристона, который обязательно должен сопровождаться спустя 36-48 часов назначением сокращающего матку препарата - «Миролют» (простагландин) под контролем врача или медсестры, в подразделении Клинического центра Сеченовского Университета, контрольное посещение врача через 10-14 дней после приёма Мифепристона для оценки эффективности процедуры требуется обязательно.

Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, к какому врачу я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная помощь.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью). Подпись Дата

Протокол медикаментозного прерывания беременности

|  |
| --- |
| Пациентка (Ф.И.О.) |
| Приняла Мифепристон 200 мг 3 таблетки№ серии препарата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата: подпись пациентки: |
| Подпись врача: |
| Приняла Миролют\* 200 мкг по схеме |
| № серии препарата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата: Подпись пациентки: |
| Подпись врача:  |

Приложение № 27

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих 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, прейскурантом.

 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 приложение и понимаю, что последнее 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 приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 28

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ЭДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

 Доктор поставил мне 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 болевых 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.

 Доктор 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 перелечивания 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 перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

 - с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический штифтиз 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.

 Доктор 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 перелечивания 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 записанному в истории болезни).

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 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 ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

 Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 29

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ДЕТСКАЯ)**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии зубов моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (по графику, согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

 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 приступить к операции.

 Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

 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 прочитал(а) данное Приложение и понимаю, что последнее 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.

 Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

 (представителя)

Приложение № 30

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проинформирован(а) врачом-ортодонтом о состоянии полости рта и зубов и необходимости проведения ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей (моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), понимаю цель лечения и суть всех 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.

 Доктор 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 доктора в течение лечения, а также я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения (контролировать исполнение ребенком назначений). О необходимых мероприятиях по уходу за полостью рта я проинформирован(а).

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

 Я понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.

 Я внимательно прочитал(а) данное Приложение к медицинской карте стоматологического больного и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

 Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей, а также на смешанную обработку персональных данных по существующим технологиям

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 31

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня 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 согласен(а) оплатить изготовление рентенционных аппаратов, стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

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

 Доктор 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.

 Я внимательно ознакомился(ась) с данным приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

 Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 32

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

 Доктор поставил мне 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, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора 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 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 ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

 Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 33

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 СОГЛАСИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Ортопедическое лечение,

 (наименование вида медицинского вмешательства

 настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 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 (согласна0 с названными мне условиями его проведения, а именно нижеследующем:

 Я согласен(а) с предложенным мне 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 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 вообще 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, нейропатология и др.).

 Понимая сущность предложенного лечения и индивидуальные особенности собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, так как представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

 Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне 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 внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

 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 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 интересов.

 Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

 Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

 Дополнительных условий мною не выдвигается.

 Я принимаю решение осуществить ортопедическое лечение на предложенных мне условиях.

 Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 (или подпись его законного представителя)

 Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 34

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих 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 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, со стоимостью услуги (на платном приеме).

 Я внимательно прочитал(а) данное Приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом. Я проинформирован(а) об обработке персональных данных в установленном законом порядке.

 Я не возражаю против использования в научных и учебных целях данных и биологических материалов, полученных в ходе моего обследования и лечения.

 Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции, а также на использование и обработку моих персональных данных по существующим технологиям обработки документов в медико-профилактических целях.

 Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Приложение № 35

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ**

**МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина/Ф.И.О. ребенка и его законного представителя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (пребывания) гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в рамках клинической апробации / на получение медицинской помощи в рамках клинической апробации лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) по протоколу №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование УКБ)

\_\_Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Сеченовский Университет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, цели, метод/методы оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации, 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 методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

Приложение №36

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право
представлять интересы больного, дата, подпись)

Приложение №37

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 подразделения)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(ФИО главного врача)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О НЕПРОВЕДЕНИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ**

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 3 статьи 5 Федерального закона,

|  |  |
| --- | --- |
| от 12.01.1996 № 8 «О погребении и похоронном деле» Я, |  |
|  |
|  |

 (Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы умершего) супруг, близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка), иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего, отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего по религиозным мотивам;

|  |
| --- |
| (место смерти и дата) |

(Ф.И.О. и возраст умершего)

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.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись заявителя, Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись главного врача, Ф.И.О.)

Приложение №38

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, |  |

(фамилия, имя, отчество)

|  |  |
| --- | --- |
| или законный представитель пациента |  |

 (фамилия, имя, отчество,

|  |
| --- |
|  |

реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

(наименование 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент (законный представитель) |  |

 (подпись, Ф.И.О., дата)

|  |  |
| --- | --- |
| Врач |  |

 (подпись, Ф.И.О., дата)

Приложение №39

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, |  | , |

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| « »  | г. рождения, |
| зарегистрированный по адресу: |  |
|  |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

|  |  |
| --- | --- |
| при оказании мне медицинской помощи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (наименование подразделения, отделения) |
|  |

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - [Перечни](http://www.glavbukh.ru/edoc/guid/740fde43-c24c-4ccc-ab96-32f1ee24fd0c%22%20%5Ct%20%22_blank)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| (название медицинского вмешательства) |

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|  (должность, Ф.И.О. 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). 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 (дата оформления)

Приложение № 40

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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 ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ**

**МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства (пребывания) гражданина либо его законного представителя)

при оказании мне медицинской помощи в рамках клинической апробации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование УКБ)

\_\_Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Сеченовский Университет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отказываюсь от следующих методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование метода / методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) (Ф.И.О. гражданина, родителя или иного законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

Приложение № 41

к приказу от 27.06.2019 № 044/05

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, дата рождения)

настоящим отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования  в оказании мне медицинской помощи в

Я проинформирован и отказываюсь от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования  в оказании мне медицинской помощи.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (Подпись)                                                   (Ф.И.О.)

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

Медицинский работник, проинформировавший пациента:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность)                                          (Подпись)                            (Ф. И.О.)

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.