

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)

Я, _____
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____
даю своё информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, перечисленных ниже, для получения первичной медико-санитарной помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью «Медицинская клиника «Онегомед»**.

Медицинским персоналом клиники «Онегомед», а именно _____ 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, перечисленных ниже или потребовать его (их) прекращения.

Перечень медицинских вмешательств, на которые я даю свое согласие:

1. **Опрос**, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (совокупность сведений обо мне и моих заболеваниях, полученных путем опроса, используемых для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов ее лечения и профилактики);

2. **Осмотр**, в том числе пальпация (физический метод медицинской диагностики, проводимый путем ощупывания тела пациента); перкуссия (метод медицинской диагностики, заключающийся в простукивании отдельных участков тела и анализе звуковых явлений, возникающих при этом); аускультация (физический метод медицинской диагностики, заключающийся в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования внутренних органов); риноскопия (инструментальное исследование полости носа, при котором используется специальный инструмент риноскоп); фарингоскопия (клинический метод визуального обследования состояния глотки); непрямая ларингоскопия (способ исследования области гортани с помощью маленького зеркальца, вводимого через ротоглотку); вагинальное исследование (для женщин) является составной частью гинекологического осмотра; ректальное исследование (исследование прямой кишки);

3. **Антропометрические исследования** (определение веса, измерение роста, измерение окружности грудной клетки, измерение жизненной емкости легких, измерение мышечной силы костей и силы мышц разгибателей спины);

4. **Термометрия** (измерение температуры);

5. **Тонометрия** (метод определения внутриглазного давления с помощью тонометра);

6. **Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций** (без проникновения в глаз);

7. **Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций** (без проникновения в ухо);

8. **Исследование функций нервной системы** (чувствительной и двигательной сферы);

9. **Лабораторные методы обследования**, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

10. **Функциональные методы обследования**, в том числе электрокардиография; спирография (метод исследования функции легких путем графической регистрации во времени изменений их объема при дыхании); аудиометрия (метод исследования слуха), реоэнцефалография (исследование скорости кровотока), электроэнцефалография (исследование мозговой активности), эхоэнцефалография (исследование мозговых структур при помощи ультразвука);

11. **Лучевые методы обследования**, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования (исследование сосудов);

12. **Забор крови из вены** - мне разъяснены и понятны содержание медицинских действий, связанный с ними риск при выполнении данной манипуляции, возможные осложнения и последствия, включая неблагоприятные (возможность образования синяка – гематомы, поскольку длительность остановки тока крови из места пункции зависит, в числе прочего, от индивидуальных особенностей человека, тромботических осложнений, обморочного состояния – рефлекторная реакция организма на процедуру).

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

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. администратора)

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