

Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012, Минздрава России № 1051н от 12.11.2021.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

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

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства 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 Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в ООО «ЛОР КЛИНИК».

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, указанных в настоящем согласии, 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

В целях проведения обследования, диагностики ЛОР-заболеваний, выбора методов лечения лечащему врачу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе: пальпация, перкуссия (простукивание), аускультация (выслушивание звуков), риноскопия (осмотр полости носа), фарингоскопия (осмотр глотки), ларингоскопия (осмотр гортани), фиброларингоскопия (осмотр гортаноглотки, гортани, верхних отделов трахеи), отоэндоскопия (осмотр слухового прохода и барабанной перепонки). Осмотры проводятся с использованием специальных инструментов и/или эндоскопа (тонкая гибкая трубка с оптической системой и источником освещения на конце). Ларингоскопию и фиброларингоскопию рекомендовано делать натощак, она может осложниться тошнотой и рвотой. После осмотров может отмечать чувство дискомфорта, першения в глотке, легкая боль в горле, иногда – неинтенсивное, непродолжительное окрашивание слюны кровью. Симптомы проходят в течение нескольких дней и не требуют вмешательства врача.
3. Эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа, носоглотки с использованием назального эндоскопа. Перед диагностикой, по показаниям полость носа может орошаться растворами местных анестетиков и сосудосуживающих средств. Во время эндоскопии слизистая носа может получать незначительные повреждения. Во время и после вмешательства возможны неприятные ощущения, чувство дискомфорта, жжения, боль в носовой полости, головокружение, аллергические реакции на лекарственные препараты, носовое кровотечение, заложенность носа. Симптомы проходят в течение нескольких дней и не требуют вмешательства врача.
4. Рентгенологическое исследование (неинвазивный метод визуализации челюстно-лицевой области и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую

патологию, спланировать и проконтролировать лечение): компьютерная томография.

Противопоказания: беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов, позвоночника в течение одной недели до и после КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до рентгенологического исследования; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Информация о примерной лучевой нагрузке на пациента (микрозиверт): 52мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и предотвратить, и которые не зависят в полной мере от квалификации, действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не являются следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

За исключением опроса, проводимого на приеме любого специалиста, все остальные методы диагностики применяются при наличии медицинских показаний.

Даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств врачами-специалистами, рентгенолаборантами медицинской организации, если их проведение необходимо для постановки или уточнения диагноза, составления плана лечения, проведения лечения, осуществления контроля лечения.

Настоящее информированное добровольное согласие дается один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действенно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «ЛОР КЛИНИК» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Пациент (законный представитель):

(Фамилия, инициалы пациента/представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления:
