

Информированное добровольное согласие на неинвазивные вмешательства

Я, студент(ка) _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)

проходя медицинское обследование в МПЦ СПбГАСУ, добровольно даю свое согласие на медицинские неинвазивные вмешательства:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анализа.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Проведение пробы с физической нагрузкой.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы исследования.
11. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирографию, по назначению врача, эхокардиографию, холтеровское мониторирование АД и ЭКГ.
12. По назначению врача рентгенологические методы обследования, в том числе ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящих мне обследований. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего обследования.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных: препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также жалобах и признаках недомогания и утомления на момент обследования.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования.

« _____ » 20 ____ года. Подпись пациента _____

Информированное добровольное согласие пациента на инвазивные вмешательства

В соответствии со ст.19,20,22, Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011. №323-ФЗ. выражаю добровольное согласие на инвазивные вмешательства:

1. Мне, (Ф.И.О. пациента или его законного представителя) разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.
2. Настоящим я доверяю Врачу _____ (в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнить следующие инвазивные исследования, вмешательства, операции: _____
3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача.
4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в п.2. Я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, что и удостоверяю своей подписью

Подпись пациента: _____ / _____ /

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего состояния или является несовершеннолетним:

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника):

Ф.И.О. _____ / _____ /

Подпись Врача: _____ / _____ /

От проведения указанных в п. 2:

Отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказ от

_____ а именно:

поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Подпись пациента (или его законного представителя)

Ф.И.О. _____ / _____ /

Подпись Врача: _____ / _____ /