**ГБУ РО «Городской клинический родильный дом № 2»**

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства

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

проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно даю согласие на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование, ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

7. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиография, суточный мониторинг артериального давления, суточный мониторинг электрокардиограммы, электроэнцелография, кардиотокграфия (для беременных).

8. Рентгенографические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

10. Медицинский массаж.

11. Лечебная физкультура.

Необходимость других методов обследования и лечения будет разъяснена дополнительно.

Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне сделать во время их проведения;

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

Я предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, наблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказ от 23.04.2012 № 930н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»).

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_