

Приложение № 2 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по психиатрии).

В соответствии со статьей 20 ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. « Об основах охраны здоровья граждан в РФ » и статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

✓ «Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью пациента, законного представителя) _____ г.р., проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

✓ Я, паспорт: серия _____ № _____ ; выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное подчеркнуть)

✓ ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Информирован(а) о необходимости медицинского вмешательства, целях, методах, продолжительности рекомендуемого лечения.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего психического расстройства.

Добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство (первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по психиатрии) в ГКУЗ ЛОПНД и подразделениях.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями лечащего врача, лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, подкожных и внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний, психотерапии. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

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

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) 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, режима приема препарат бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отриц. сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и 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(а) правдивые сведения о наследственности.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны.

Я согласен (а) на применение соответствующих лекарственных препаратов за исключением: _____ (указать какие, либо: без исключений).

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о месте работы, наименовании организации будут указаны с моих слов.

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

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.

✓ Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

Расписался в моем присутствии: врач-психиатр _____

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.

(Ф.И.О.)

(подпись)

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц не достигших 15-летнего возраста, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на оказание ему психиатрической помощи, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием ФИО, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о наличии заболевания, возможных вариантах медицинского вмешательства, методах лечения, связанных с ними рисках, прогнозе.

Дополнительная информация: _____

✓ « _____ » _____ 201 _____ года Подпись пациента/законного представителя _____

Комиссионный осмотр врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« _____ » _____ 20 _____ года