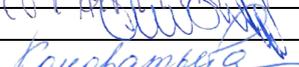
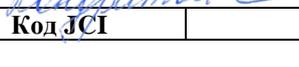


Тип документа	Стандартная форма					Страница 1 из 2
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	М-B2/2-а	Редакция	001	
Название	Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство					
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» № от № 53 от 10 августа 2016 г.					
Разработано	Должность	Ф.И.О.		Подпись		
	Медицинский директор	Аубакиров М.Е.				
Согласовано	Генеральный директор	М.Ф. Ергезер				
	Исполнительный директор	Копцев М.В.				
	Главная медицинская сестра	Кондратьева О.О.				
К внедрению с		Код ISO		Код JCI		

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

Я, _____, № удост. личности _____ выдан _____, проживающий по адресу: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина)
--

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

В соответствии со ст. 91 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.) я поставлен(-а) в известность, что я (представляемый) прохожу (-ит) стационарное /амбулаторное лечение
(нужное подчеркнуть)

в _____ город _____
(название диализного центра)

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего (лица, уполномоченным представителем которого я являюсь) здоровья, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания, я ознакомлен(а) с правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать.
2. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и лечебных мероприятий:
 - Осмотры и опросы медицинским работниками;
 - Лабораторная диагностика (выявление изменений клеточного и химического состава биологических жидкостей и других биоматериалов, включая исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов);
 - Структурная и функциональная диагностика (выявление изменений в строении и функционировании органов и тканей);
 - Инвазивные/неинвазивные медицинские вмешательства; (том числе введение лекарственных препаратов интеральным и парентеральным способами);
 - Процедуры заместительной почечной терапии;
 - Реанимационные мероприятия.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

3. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

4. Я информирован (а) и осознаю тот факт, что мне (представляемому) необходимо:

- соблюдать диету и водно-солевой режим, рекомендованные лечащим врачом;

Тип	Стандартная форма	Код	ББН-VIII/01	Номер	М-B2/2-a-001	Редакция	001	Страница 2 из 2	
Название	Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство								

- регулярно принимать назначенные лекарственные препараты;
- не принимать лекарственных препаратов без назначения врача;
- согласовывать с лечащим врачом прием любых лекарственных препаратов, назначенных медицинскими специалистами других профилей;
- получать процедуры заместительной почечной терапии с частотой и продолжительностью, назначенной лечащим врачом;
- в случае пропуска диализа, заранее информировать об этом персонал клиники;
- находясь в клинике, незамедлительно сообщать медперсоналу о любом ухудшении самочувствия.

5. Я информирован и осознаю, что отказ от лечения, невыполнение в полном объеме рекомендаций медицинских работников, несоблюдение лечебно-охранительного режима, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, самолечение, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):

- наследственность;
- аллергические проявления;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;
- потребление табачных изделий;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление наркотическими средствами;
- перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;
- экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;
- принимаемые лекарственные средства.

7. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ (средств).

8. Я согласен(а) на осмотр меня (лица, уполномоченным представителем которого я являюсь) другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

9. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

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

11. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

(подпись) (Ф.И.О. заверителя)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)

Примечание:

Инвазивное вмешательство - медицинская манипуляция, связанная с проникновением через естественные барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, пункции так далее).

Согласие на проведение медицинского вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.