

Құжат түрі	ФОРМА					1 беттің 2-беті
Тағайындалуы	Қазақстан Республикасындағы «В.В.НУРА» ЖШС-ң барлық медициналық орталықтары және бөлімшелері					
Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -В1/3-а	Редакция	001	
Атауы	ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУҒА АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ					
Жобаланған	Сапа менеджері	Райымбекова С.К.				
Келісілген	Операционды -клиникалық қызмет директоры	Кондратьева О.О.				
	Медициналық директор	Аубакиров М.Е.				
	Қызметкерлер менеджері	Ерекешева Г.Н.				
Қол қойылған	Бас директор	Эргезер М.Ф.				
Бекітілген	«В.В.НУРА» ЖШС Бас директорының № 14 27.03.2017 ж. бұйрығымен					
Бастап енгізілсін	01.04.2017 ж.					

**ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУҒА
АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ**

Мен, _____

(азаматтың Т.А.Ә.)

« _____ » _____ жылы туған, келесі мекен-жайда тұратын: _____

Мен, _____, төлкүжат _____ берілген _____, келесі мекен-жайда тұратын: _____ баланың немесе әрекет етуге қабілетсіз деп танылған тұлғаның

(баланың немесе әрекет етуге қабілетсіз азаматтың Т.А.Ә.)

заңды өкілі болып табыламын (**анасы, әкесі, асыраушы, қамқорлыққа алушы, қамқоршы**)

Бланктің бұл бөлімі тек 15 жасқа толмаған тұлғалар немесе әрекет етуге қабілетсіз азаматтар үшін ғана толтырылады

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексінің 91 бабына сәйкес (21.04.2016ж жағдай бойынша өзгертулермен және толықтырулармен) мен (танысушы) _____ қаласында

стационарлық/амбулаториялық емделуден өтетінім туралы

(диализ орталығының атауы)

(қажетін сызыңыз)

хабардар болдым.

1. Маған, менің еркіме сәйкес, менің (мен уәкілетті өкіл болып табылатын тұлғаның) денсаулығым, ауырлық дәрежесі және аурудың мүмкін асқынуы туралы толық және жан-жақты түсініктеме берілді, мен аталған медициналық ұйымда белгіленген емдеу-сақтау режиміндегі ережелермен таныстым және оларды сақтауға міндеттенемін.

2. Дәрігердің тағайындауына сәйкес маған (таныстырушыға) диагностикалық зерттеулер мен емдік шараларды жүргізуге ерікті түрде өзімнің келісімімді беремін:

- Тексерулер және медициналық қызметкерлердің сауалдары;
- Зертханалық диагностика (биологиялық сұйықтықтың және басқа биоматериалдардың жасушалық және химиялық құрамындағы өзгерістерді анықтау, онымен адамның иммун тапшылығы вирусының болуына қан талдауын қоса алғанда);
- Құрылымдық және функционалдық диагностика (органдар мен тіндердің қалыптасуы мен құрылуындағы өзгерістерді анықтау);
- Инвазиялық/инвазиялық емес медициналық араласулар; (оның ішінде интеральды және парентеральды тәсілмен дәрілік препараттарды енгізу);
- Толықтырушы бүйрек терапиясы шаралары;
- Реанимациялық іс-шаралар.


Тексеру мен емдеудің басқа әдістерінің қажеттілігі маған қосымша түсіндірілетін болады.

3. Мен жоспарланып отырған инвазиялық араласудың мақсаты, сипаты, жағымсыз әсерлері туралы ақпараттар алдым, дайындалған және ілеспелі мүмкін анестезиологиялық іс-шаралармен, сондай-ақ қажетті жанама араласулармен келісемін. Мен инвазиялық араласулар кезінде алдын ала болжанбайтын жағдайлардың, қауіп-қатерлер мен асқынулардың туындауы мүмкін екені туралы ескертпе алдым және бұның жүрек-қан тамыры, жүйке жүйесі, тыныс алу және басқа да өмірлік маңызы бар ағзалар жүйесі тарапынан ауытқушылықтар болуын, оның байқаусыз денсаулыққа зиян келтіруімен байланысты екенін түсінемін. Мұндай жағдайда, мен жоғарыда аталған асқынуларды түзетуге бағытталған барлық мүмкін емдеу әдістерін дәрігердің қолдануына келісім беремін.

4. Мен келесі фактілер туралы ақпарат алдым және оны ұғынамын:

Бірінші редакциялау күні 30.12.2016г.

соңғы редакция 20.03.2017 г. Кондратьева О.О.

Типі	ФОРМА	Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -В1/3-а-001	Редакция	001	3 беттің 3-беті	
Атауы	ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУҒА АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ								

- емдеуші дәрігер ұсынған диета және су-тұз режимін сақтау;
- тағайындалған дәрілік препараттарды жүйелі түрде қабылдау;
- дәрігердің тағайындауынсыз дәрілік препараттарды қабылдамау;
- емдеуші дәрігермен басқа саладағы медициналық мамандар тағайындаған кез келген дәрілік препараттарды қабылдауды келісу;
- емдеуші дәрігер тағайындаған жиілікпен және ұзақтықпен толықтырушы бүйрек терапиясы шараларын алып тұру;
- диализге рұқсат алған жағдайда ол туралы клиника қызметшісіне алдын ала хабар беру;
- клиникада болған кезде, өзіндік сезінудегі кез келген нашар белгілер туралы медициналық қызметкерлерге дереу хабарлау.

5. Мен емделуден бас тарту, медициналық қызметкердің ұсыныстарын толық көлемде орындамау, емдеу-сақтау режимін, дәрілік препараттарды қабылдау режимін сақтамау, медициналық аспаптарды және жабдықтарды өз еркінше пайдалану, өз бетінше емделу үрдісін асқындыруға және денсаулыққа кері әсер етуі туралы ақпарат алдым және ұғындым.

6. Мен өз денсаулығымға (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның денсаулығымен) байланысты барлық мәселелер туралы дәрігерге айтамын:

- тұқымқуалаушылық;
- аллергиялық көрінулер;
- дәрілік препараттарды және азық-түлікті жеке көтере алмау;
- темекі бұйымдарын қолдану;
- ішімдікке салыну;
- есірткілік заттарға салыну;
- алған жарақаттар, операциялар, аурулар, анестезиологиялық жәрдем;
- өмірлік іс-әрекет уақытында маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлға) әсер етуші физикалық, химиялық немесе биологиялық табиғаттың экологиялық және өндірістік факторлары;
- қабылдап жүрген дәрі-дәрмектер.

7. Мен тұқымқуалаушылық, сондай-ақ ішімдікке салыну, есірткілік және уытты заттарды (құралдар) қолдану туралы шын мәліметтерді хабарладым.

8. Мен басқа медициналық қызметкерлердің және медициналық жоғарғы оқу орындары мен колледж студенттерінің медициналық, ғылыми немесе үйренуші мақсатта дәрігерлік құпияны сақтауды есепке алумен мені (мен уәкілетті өкіл болып табылатын тұлғаны) қарауына келісім беремін.

9. Мен дәрігерге кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндік алдым және барлық сұрақтарға толық қамтылған жауап алдым.

10. Мен осы құжаттың маған түсіндірілген ережелердің барлық тармақтарымен таныстым және келісім беремін, маған бәрі түсінікті және қажетті көлемде тексеруге және емдеуге ерікті түрде өз келісімімді беремін.

11. Қажет болған жағдайда, менің диагнозым, менің сырқатымның ауырлық дәрежесі және сипаты туралы туыскандарыма, заңды өкілге, азаматтарға ақпарат беруге рұқсат етемін.

(қолы) (Азаматтың не болмаса азаматтың заңды өкілінің Т.А.Ә)

(қолы) (медициналық көмек көрсетуге қатысушы емдеуші дәрігердің не болмаса басқа медициналық қызметкердің Т.А.Ә.)

(қолы) (таныстырушының Т.А.Ә)

« _____ » _____ Ж.
(ресімдеу күні)

Ескерту:

Инвазиялық араласу - ағзаның табиғи кедергілері (тері, шырышты қабаттар) арқылы енумен байланысты медициналық манипуляция (инъекция, диагностикалық шаралар, инемен тесу және басқалар).

Медициналық араласу жүргізуге келісім беру кері қайтарылуы мүмкін, келесі жағдайды қоспағанда, медициналық қызметкерлер өмірлік көрсеткіштер бойынша медициналық араласуға кірісіп кетсе және оны тоқтату немесе кері қайтару пациенттің өмірі мен денсаулығына қауіп төндірумен байланысты мүмкін болмаған жағдайда.