

Информированное добровольное согласие на выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии

Я, _____,
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя _____ дата рождения _____,
_____ гражданина или законного представителя
зарегистрированный по адресу: _____, проживающий
_____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя
по адресу: _____ в отношении _____
_____ указывается в случае проживания не по месту регистрации _____ Фамилия, Имя Отчество пациента
_____, дата рождения пациента _____
(при подписании согласия законным представителем) _____ при подписании законным представителем
проживающего по адресу: _____

в случае проживания не по месту жительства законного представителя

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «Никор-2»

Я ознакомлен(а) с тем, что методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с порядками оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология», утвержденных приказом МЗ РФ №116н от 19.02.2021.

Настоящим я добровольно _____ даю/ не даю _____ согласие на проведение мне тонкоигольной аспирационной биопсии _____ под ультразвуковым контролем/без ультразвукового контроля в амбулаторных условиях.

Мне объяснены и понятны суть моего заболевания, опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Подтверждаю, что я ознакомлен/а с характером предстоящей мне манипуляции и понимаю особенности и ход предстоящего лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время манипуляции могут возникнуть обстоятельства, препятствующие ее выполнению или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.

Я осведомлен/а обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции. Я уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я поставил/а в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических, психоактивных и токсических средств.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию меня в стационар.

Я предупрежден/а о режиме постманипуляционного и реабилитационного периода и возможных последствиях при нарушении режима, а также при возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Я имел/а возможность задать любые вопросы и получила исчерпывающие и понятные мне ответы. Мне разъяснена альтернатива проведению тонкоигольной аспирационной биопсии (динамическое наблюдение) и возможность вообще не обследоваться и не лечиться. Я имел/а достаточно времени для принятия решения о согласии на предложенное мне обследование, проведение манипуляции. В случае отказа от проведения манипуляции всю ответственность за исход беру на себя.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)			
	Подпись		Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист			
	Подпись		Фамилия Имя Отчество

«__» _____ ____ Г.