

## Информированное добровольное согласие на гинекологические процедуры и манипуляции

Я, \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя

\_\_\_\_\_ дата рождения, зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя  
проживающая по адресу: \_\_\_\_\_  
указывается в случае проживания не по месту регистрации

в отношении \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)  
\_\_\_\_\_ дата рождения пациента при подписании законным представителем),  
проживающей по адресу: \_\_\_\_\_  
в случае проживания не по месту жительства законного представителя

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

Я получила разъяснения по поводу диагноза \_\_\_\_\_  
наименование диагноза в соответствии с МКБ-10, информацию об особенностях течения моего заболевания, длительности лечения, исходах лечения, прогнозе моего заболевания, обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания.

Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций:

- взятие образца биоматериала для микроскопического исследования (мазка на флору);
- взятие биоматериала для исследований методом ПЦР;
- взятие образцов биоматериала для цитологических исследований.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить диагностические мероприятия, которые он сочтет необходимыми.

Врач – акушер гинеколог \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

подробно объяснил мне цель лабораторных исследований, способы забора биоматериала, связанном с ними риске, возможных вариантах, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал понятные исчерпывающие ответы.

Я информирована о характере и неблагоприятных эффектах диагностических процедур, возможности непреднамеренного вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

Я заявляю, что сообщила врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях на прием лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях и заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлена о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

В случае возникновения во время обследования непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут предприниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результата лечения мне предоставлено быть не может.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа.

Я понимаю, что могу отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания данного информированного согласия.

Я имела возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получила на них удовлетворительные ответы.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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)

Пациентка не согласилась (отказалась) от медицинского вмешательства и ей даны врачом разъяснения о последствиях совершаемых действий \_\_\_\_\_

указать конкретно

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)