Я осознаю степень риска при не предоставлении (сокрытии) достоверных данных о состоянии своего здоровья,

Я осознаю, что предлагаемая мне инвазивная манипуляция (операция) представляет собой определенный риск, степень которого мне разъяснена. Я осознаю, что в ходе выполнения и после инвазивной манипуляции могут возникнуть непредвиденные ситуации и осложнения, требующие медицинской помощи.

В случае возникновения осложнений я согласен(а) на применение любых

необходимых для их лечения процедур (манипуляций, вмешательств),

Я осознаю, что сама манипуляция и/или морфологические исследования полученного при ней биопсийного материала могут не дать ожидаемых результатов, что может явиться основанием для рекомендации повторного выполнения инвазивной манипуляции.

Моя собственноручная подпись ниже удостоверяет, что вышеизложенный текст мною прочитан» все необходимые графы заполнены мною собственноручно, все необходимые разъяснения и интересующая меня дополнительная информация о предстоящей манипуляции мною получены и полностью мне понятны.

Памятка об охранительном режиме после манипуляции (операции), а также о действиях, которые необходимо предпринять при возможном возникновении симптомов вероятных осложнений, мною получены.

ФИО пациента \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019год.

Примечание:

В соответствии с частями 1,3,7 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель^ имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 вышеуказанного федерального закона.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента,

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается;

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. Вопрос о проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум., а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением заместителя главного врача по медицинской части , а в выходные дни, вечернее время - дежурного-администратора .

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для  
окружающих;

1. в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
2. в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической  
экспертизы, (ч, 9 ст< 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21Л 1.201! г. «Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации»).

В соответствии с ч. 2 ст. 54 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет (больные наркоманией в возрасте старше шестнадцати лет) имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21Л 1.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».