**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ**

 **ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И /ИЛИ ЛЕЧЕБНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ.**

 ( на основании статьи 20 Федерального закона № 323 – ФЗ от 21.11.2011 г.

 « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации » )

 **СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения число \_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ пол М /Ж

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я осведомлен (а) о характере своего заболевания и необходимости выполнения инвазивной манипуляции.

 **СВЕДЕНИЯ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ИНВАЗИВНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ**

Вид инвазивной манипуляции ( подчеркнуть ): **диагностическая лечебная операция**

ФИО направившего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО врача выполняющего манипуляцию : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование манипуляции ( подчеркнуть) **Фиброколоноскопия Фиброректосигмоскопия Фиброректоскопия**

 В соответствии со ст. 20,22,23,27,30 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» от 21,11,2011 г. № 323-ФЗ с пациентом (его законным представителем) проведено собеседование о предстоящей инвазивной манипуляции (операции), даны необходимые разъяснения и рекомендации.

Согласие на выполнение манипуляции (операции) **получено / не получено** (подчеркнуть).

Фамилия и подпись врача, выполняющего манипуляцию Исыпов Н Д \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим я **доверяю врачу** (ФИО) Исыпову Н Д выполнить назначенную мне инвазивную манипуляцию. **Сведения о пациенте**

Я страдаю аллергией (да или не?')

Я согласен (а) на применение **анестезии** (да или нет)

Я подтверждаю, что **медицинский персонал осведомлен** о наличии у меня (пациента)
**индивидуальной непереноимости** следующих лекарственных средств

|  |
| --- |
| Я (пациент) подтверждаю (отрицаю), что перенес (имею) следующие заболевания (ДА или НЕТ): |
| Заболевание | При наличии *-* да | При отсутствии - нет |
| Инфаркта миокарда |  |  |
| Инсульт |  |  |
| Бронхиальная астма |  |  |
| Артериальная гипетензия |  |  |
| Эпилепсия |  |  |
| Сахарный диабет |  |  |
| Анемия |  |  |
| Туберкулез |  |  |
| Вирусный гепатит |  |  |
| Венерические заболевания |  |  |
| ВИЧ-инфекция |  |  |
| Остеохондроз шейного отдела позвоночника |  |  |
| Мигрень |  |  |
| Операции |  |  |
| Другие |  |  |