

МУ "Порховская ЦРБ" Псковской области

г. Порхов, у. Мебельная д. 4

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

поставлен (поставлена) в известность, что госпитализирован (госпитализирована) в отделение \_\_\_\_\_  
(указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (ознакомлена) с правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебном учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных переливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о необходимости регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств;
- Я предупрежден (предупреждена), что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;
- Я знаю, что я обязан (обязана) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам или законным представителям:

\_\_\_\_\_ года. Подпись пациента /законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моём присутствии:

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_