**ДОБРОВОЛЬНОЕ  ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

( в соответствии с ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., приказом МЗ СР РФ от 23.04.2012 г. № 390-н)

  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов вмешательств в соответствии с приказом МЗ СР РФ от 23.04.2012 г. № 390-н: опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в т.ч. пальпация, вагинальное исследование, ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы (дермографизм), лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, медицинский массаж.

Мне даны полные разъяснения о цели, плану обследования, лечения, разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия.

Я проинформирован(а), что имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты и выполнять процедуры, ставить в известность лечащего врача об ухудшении самочувствия, о приёме препаратов не назначенных врачом.

Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций врача, режима процедур, приёма препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я имел имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно заболевания и лечения и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен (согласна).

От предложенного плана обследования и лечения отказался (отказалась)

(ненужное зачеркнуть)

   «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись пациента или его законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись и личная печать врача