

Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Аксиома- Дентал».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я 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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу для внесения данных в лист учета дозовых нагрузок обо всех рентгенологических обследованиях и дозах облучения, полученных вне данной медицинской организации.

Я подтверждаю, что я не знаю о наличии у меня перечисленных состояний/заболеваний, которые являются, могут являться противопоказаниями для проведения рентгенологических обследований: отягощенный анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение Пациентом курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до проведения рентгенологического обследования, выполнение других радиографических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений);

беременность на протяжении всего срока беременности.

Необходимо следовать ограничениям указанных в Методических рекомендациях Минздрава РФ, в том числе: 5.19. При подозрении на наличие беременности вопрос о допустимости и необходимости рентгенологического исследования решается исходя из предположения, что беременность имеется.

5.21. При рентгенографии областей тела, удаленных от плода (органов грудной клетки, черепа или верхних конечностей), ее можно провести в любой срок беременности по клиническим показаниям при соблюдении мер безопасности (диафрагмирование и экранирование).

5.22. Рентгенографические исследования беременных женщин должны проводиться с использованием всех возможных средств защиты и методов снижения дозы таким образом, чтобы доза, полученная плодом, не превысила 1,0 мЗв за любые два месяца.

Я буду должен надеть специальный фартук, защищающий жизненно важные органы.

Дозы облучения при рентгенологических исследованиях зубов (при внутриворотной рентгенограмме 0,002мЗв, при компьютерной визиографии 0,001мЗв, конусно-компьютерная томография 0,046мЗв, панорамная цифровая рентгенография ~0,08мЗв) не превышают допустимую дозу и выполняются в областях тела, удаленных от плода (череп), тогда как очаг воспаления может отрицательно сказаться на развитии плода.

Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" " _____ Г.
(дата оформления)

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 г. N 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.