



ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ ИНФОРМИРОВАННЫХ ДОБРОВОЛЬНЫХ СОГЛАСИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ФГБУ «ННИИТ» МИНЗДРАВА РОССИИ

к Приказу № 104 от 11.05.11 г.

1. приложение №1 - Информированное добровольное согласие пациента с общим планом обследования и лечения.
2. приложение к «Инструкции по применению компонентов крови» от 25.11.2002 N 363 - Информированное добровольное согласие пациента на операцию переливания крови, ее компонентов или кровезаменителей.
3. приложение №2 - Информированное добровольное согласие пациента на катетеризацию магистральной вены.
4. приложение №3 - Информированное добровольное согласие пациента на проведение тестирования крови для определения антител к ВИЧ-инфекции.
5. приложение №4 - Информирование об обнаружении антител к ВИЧ.
6. приложение №5 - Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.
7. приложение №6 - Информированное добровольное согласие пациента на оперативное вмешательство, установление клапанного бронхоблокатора/ удаление клапанного бронхоблокатора.
8. приложение №7 - Информированное добровольное согласие с предложенным планом обследования и лечения (для МЛУ отделения).
9. приложение №8 - Отказ от дальнейшей госпитализации в ННИИТ или от санаторно-курортного лечения.
10. приложение №9 - Отказ от медицинского вмешательства.
11. приложение №10 - Решение консилиума о проведении медицинского вмешательства (операции) без согласия больного.
12. Заявление о погребении.
13. приложение №11 - Информированное добровольное согласие больного туберкулёзом с множественно лекарственной устойчивостью возбудителя перед началом курса лечения.
14. приложение к отраслевому стандарту "Протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах" ОСТ 91500.11.0007-2003 - Информированное добровольное согласие на предложенный план профилактики тромбоэмболии легочной артерии.
15. приложение № 12 - Информированное добровольное согласие на предварительный осмотр и консультативный приём врачом-фтизиатром.
16. приложение №13 - Акт об отказе пациента собственноручно подписать «Отказ от дальнейшей госпитализации».
17. приложение № 14 - Информированное добровольное согласие на оформление и выдачу электронного листа нетрудоспособности.
18. приложение №15 - Информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование.
19. приложение № 16 - Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (стоматология терапевтическая).
20. приложение №17. - Информированное добровольное согласие с Правилами внутреннего распорядка.
21. приложение №18 - Информированное добровольное согласие пациента на увеличение продолжительности лечения бедаквилином свыше 6 месяцев.
22. приложение №19 – Информированное добровольное согласие пациента на эндоскопическое исследование.
23. приложение №20 – Информированное добровольное согласие беременной на медицинское вмешательство.
24. приложение №21 – Информированное добровольное согласие пациента на проведение компьютерной томографии.
25. приложение №22 – Информированное добровольное согласие пациента на проведение консультации с применением телемедицинских технологий



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

Информированное добровольное согласие пациента с общим планом обследования и лечения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
находясь на лечении в _____ отделении,
ознакомлен (а) моим лечащим врачом _____
(фамилия, имя, отчество)
с намеченным планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я **ознакомлен(а)** с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения в тактике лечения, а также применением препаратов и других методов лечения, включая физиотерапевтические методы лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я **получил(а)** подробные объяснения по поводу моего заболевания, лабораторных исследований, функциональной диагностики, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию; до меня была доведена в доступной форме и понята мной исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов, рентген-контрастных веществ; осложнениях, указанных в инструкции к лекарственным препаратам (возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена), аллергических реакций на лекарственные препараты, анафилактического шока, о сроках годности (гарантийных сроках) лекарственных препаратов и медицинских изделий, показаниях (противопоказаниях) к применению.

Я **уполномочиваю** врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я **получил(а)** исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имела (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я **предупрежден(а)**, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из института (ст. 13 Федерального Закона от 18.06.2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»).

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения **доверяю** своему лечащему врачу _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Получив полную информацию о предстоящем плане обследования и лечения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я **удостоверяю**, что текст **СОГЛАСИЯ** мною прочитан, что полученные объяснения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа.

Пациент имеет право собственноручно оставить любую приписку на данном информированном согласии _____

Пациент _____
(подпись пациента либо доверенного лица, ФИО)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

« _____ » _____ 202__ год.

Беседу провел врач _____ (_____)

« _____ » _____ 202__ год.



ФГБУ «ВНИИМ» Минздрава России

Информированное добровольное согласие пациента на катетеризацию магистральной вены

Я, _____, информирован врачом анестезиологом-реаниматологом в доступной для меня форме о том, что при оказании мне (моему представляемому пациенту) медицинской помощи по поводу _____

(основное заболевание)

в отделении _____

(наименование отделения)

с учётом имеющейся у меня клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений и иных особенностей организма возникла необходимость проведения медицинского вмешательства — катетеризации _____

(наименование конкретной магистральной вены)

Я информирован (-на) о том, что методика катетеризации заключается в следующем:

_____ краткое описание техники выполнения, ухода за катетером (с обязательным указанием кто этот уход будет осуществлять)

Срок катетеризации определяется медицинскими показаниями для реализации указанной цели. Медицинские показания или противопоказания определяются врачом-анестезиологом-реаниматологом.

Мне доступно разъяснено, что я, в соответствии с ч. 3 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи.

При отказе мне в доступной форме разъяснены возможные последствия.

Я предупрежден (-на) о факторах риска, возможными осложнениями катеризации магистральной вены являются инфекционные осложнения (включая сепсис), аллергические (включая риски, связанные с анестезией); риски связанные с непереносимостью имплантируемого устройства или перевязочного материала), перфорация сосудов или внутренних органов; тромбоэмболические, в том числе: неправильное размещение катетера; пункция артерии; тромбоэмболия, источником которой может явиться катетер; воздушную эмболию; аритмию; гемоторакс; пневмоторакс; гемо- и гидроторакс и тампонаду сердца; тромбоз центральной вены и/или тромбоэмболию; повреждение диафрагмального, блуждающего нерва, возвратного гортанного нерва и плечевого сплетения; повреждение пищевода эрозия катетера через кожу; окклюзия катетера повреждение грудного лимфатического протока, хилоторакс сепсис, связанный с применением катетера эндокардит; инфицирование места инъекции; некроз тканей в месте входа катетера, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами», головокружение, одышка, чувством нехватки воздуха, тяжелые сердечные приступы, которые могут привести к смерти (редкие осложнения)», неизбежное травмирование мягких тканей, что может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность в области катетера, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

При катетеризации магистральной вены имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, осложнений по причинам, объективно не зависящим от действий/бездействий медицинских работников: специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Осложнения при проведении продлённой эпидуральной анестезии или спинальной анестезии или комбинированной спинальной эпидуральной анестезии: инфекционные (включая эпидурит, сепсис); аллергические (включая риски, связанные с анестезией); риски связанные с непереносимостью имплантируемого устройства или перевязочного материала); токсические; гемодинамические (развитие гипотонии, аритмии, возможна остановка сердца, дыхания); неврологические (головные боли, слабость,



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

Информирование пациента об обнаружении антител к ВИЧ

У Вас при обследовании обнаружены антитела к ВИЧ. Информировем Вас, что: Обнаружение антител к ВИЧ является признаком наличия ВИЧ-инфекции. Людей, у которых выявлены антитела к ВИЧ, называют ВИЧ-позитивными. Для установления диагноза ВИЧ-инфекции, уточнения стадии заболевания, диспансерного наблюдения и назначения лечения Вам необходимо немедленно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом или к уполномоченному врачу ЛПО по адресу: г. Новосибирск, Центр по профилактике СПИД, ул. Грибоедова, д. 33, тел. 266-90-74.

ВИЧ-позитивные граждане Российской Федерации обладают на её территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации.

В России организовано бесплатное лечение ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся россиян. Для прохождения бесплатного обследования и лечения нужно обратиться по указанному выше адресу. Лечение не избавляет от ВИЧ-инфекции, но существенно продлевает жизнь, улучшает ее качество, позволяет сохранить трудоспособность на долгие годы. ВИЧ-позитивным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

ВИЧ инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;
- через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь) или при применении готовых растворов наркотиков, в который могли занести ВИЧ раньше.
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

Для того, что бы не передать ВИЧ-инфекцию другому человеку Вы должны соблюдать меры предосторожности. Вам дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у Вас ВИЧ-инфекции, всегда пользоваться презервативами. Не кормить ребенка грудью. Вы должны принять меры к тому, что бы Ваша кровь, попавшая на колющие, режущие инструменты не могла стать причиной заражения других людей.

ВИЧ-позитивные не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

Со всеми вопросами, связанными с ВИЧ-инфекцией можно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Если обследование проводилось анонимно, то не указывайте свою фамилию, имя, отчество.

Я, _____
(ФИО информируемого)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня антител к ВИЧ, о гарантиях оказания медицинской помощи, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также о необходимости соблюдать меры предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции.

(подпись обследуемого на ВИЧ)

(дата)



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(заполняется в Приёмном покое)

Я, _____

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: _____

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1). **Опрос**, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2). **Осмотр**, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая 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); эндоскопический метод исследования эзофагогастродуоденоскопия, трахеобронхоскопия диагностическая и лечебная. 11). Рентгенологические методы обследования, в том числе МСКТ и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12). Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, перибронхиально, внутриплеврально, аэрозольно, путём электрофореза.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я в полной мере и в доступной форме проинформирован(а) о целях, методах оказания медицинского вмешательства, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах данного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) об абсолютном противопоказании рентгенологических исследований (в том числе компьютерной томографии) при беременности.

Мне ясен и я принимаю тот факт, что после проведения лабораторных исследований, вакцинации, введение лекарственных препаратов могут наблюдаться реакции как местные (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд, кровоподтек в месте инъекции и другие), так и общие (повышение температуры, недомогание, озноб и другие).

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением _____.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т. ч. для анестезии), за исключением:

Мне известно о моей повышенной чувствительности к лекарственным препаратам: _____

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны

исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Мне была дана рекомендация о прекращении потребления табака и предоставлена необходимая информация о медицинской помощи, которая может быть оказана в связи с его потреблением.

Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных препаратах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника при оказании и после оказания медицинского вмешательства, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми.

В соответствии со ст. ст. 92, 94 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, ст. ст. 3, 9,10 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. я подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ФГБУ «ННИИТ» МЗ РФ.

Я извещен(а) о клиническом профиле ФГБУ «ННИИТ» МЗ РФ, о проводимом в нем научно-исследовательской работе и согласен(а) на использование результатов моего обследования и лечения для научного анализа и опубликования.

Я разрешаю использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации.

Я разрешаю использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию всем должностным лицам, причастным к случаям оказания мне медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для проведения экспертизы качества оказанной мне (моему представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего (моего представляемого) здоровья в случае негативного прогноза развития моего (моего представляемого) заболевания.

В соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении, состоянии моего здоровья, проводимых мне лабораторных и функциональных исследованиях следующим лицам (в том числе по телефону, факсу, электронной почте):

Пациент имеет право собственноручно оставить любую приписку на данном информированном согласии _____

(Фамилия, инициалы и подпись пациента (или его законного представителя))

« _____ » _____ 20 _____ г.

Беседу провел врач _____ (_____)
(Ф.И.О. врача, подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО;
НА УСТАНОВЛЕНИЕ КЛАПАННОГО БРОНХОБЛОКАТОРА
/УДАЛЕНИЕ КЛАПАННОГО БРОНХОБЛОКАТОРА**

Мне, _____,
(Ф.И.О. пациента или законного представителя (родителя или опекуна) – заполняется пациентом)

была предоставлена в понятном для меня виде информация о моем диагнозе, прогнозе и методах лечения.

1. Я согласен(а) с тем, что предполагаемым **видом оперативного вмешательства** будет

- Я подтверждаю, что ознакомлен с характером предстоящей мне (моему представляемому) операции.
- Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.
- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, неблагоприятного исхода.
- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т. ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, могут удлиниться общие сроки лечения.
- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сообщил правдивые сведения о наследственности.
- Я согласен(а) на запись хода операции на информационные носители.

2. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, предстоящей операции, возможных осложнений и результатов лечения и получил(а) на них ответы в доступной для понимания форме.

3. Я согласен(а) с тем, что в ходе выполнения оперативного вмешательства мне будет **установлен КЛАПАННЫЙ БРОНХОБЛОКАТОР/ удалён КЛАПАННЫЙ БРОНХОБЛОКАТОР**

Пациент имеет право собственноручно оставить любую приписку на данном информированном согласии _____

Пациент согласился с предложенными условиями и предполагаемым видом оперативного вмешательства; (установлении КЛАПАННОГО БРОНХОБЛОКАТОРА/ удалении КЛАПАННОГО БРОНХОБЛОКАТОРА), в чем расписался:

собственноручно _____
(подпись пациента)

Законный представитель _____
(Ф.И.О., подпись)

Реквизиты документа, удостоверяющие личность
Дата _____ 20 _____ г.

Беседу провел врач _____ (_____)

Дата _____ 20 _____ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России

**Информированное добровольное согласие
на предложенный план обследования и лечения
(для МЛУ отделения)**

Подписывая данный документ, я (ФИО) _____ даю согласие на предложенный мне план обследования и лечения в _____ отделении.

1. Моим лечащим врачом _____ мне разъяснены особенности течения моего заболевания, вероятная длительность лечения в стационаре может составить _____ месяцев, с последующим переводом на амбулаторное, санаторно-курортное лечение или лечение в другом специализированном стационаре.
2. Мне разъяснено, что при условии соблюдения мною предложенного плана лечения (консервативное и, возможно, оперативное лечение) вероятный прогноз моего заболевания _____. Однако, я поставлен в известность, что у части больных достигнуть излечения невозможно, т.к. существуют объективные пределы возможности лечения.
3. Я даю согласие на проведение теста ВИЧ-инфекции и разрешаю взять образец моей крови для исследования; не буду предъявлять претензии, связанные с результатами тестирования, к персоналу или представителям учреждения, проводящему тестирование, а также другим лицам, участвующим в проведении консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию, включая привлечение к ответственности за выдачу ложноположительных или ложноотрицательных результатов тестирования. Я разрешаю провести повторное тестирование, позволяющее верифицировать мой ВИЧ - статус, решение о необходимости повторного тестирования оставляется на усмотрение врача. Я осведомлен(а) о своем праве отказаться от прохождения: теста и получения результатов тестирования.
Мне представлена информация о целях и процедуре тестирования на ВИЧ-инфекцию, о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики заражения, дана консультация по поводу того, какие дальнейшие действия мне следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата исследования.
4. Мне разъяснено, что необходимым условием лечения является четкое соблюдение лечебного, охранительного, санитарного режимов, правил внутреннего распорядка. Систематическое их несоблюдение мною может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, и будет расценено как добровольный отказ от предложенного лечения. Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из ННИИТ в соответствии со ст. 13 ФЗ от 18.06.2001г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
5. Я извещен(а) о клиническом профиле института, о проводимой в нем научно-исследовательской работе и согласен(а) на анонимное использование результатов моего обследования и лечения, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата или др. для медицинского применения; научного анализа и опубликования.
6. В случае выявления и установления диагноза МЛУ туберкулеза мне разъяснено, что на время периода бактериовыделения я буду находиться в изолированном отделении со строгим ограничительным режимом:
 - курс лечения может быть длительным (21 - 24 месяца), курс лечения должен быть непрерывным и проводится в 2-3 этапа: стационар – санаторий – диспансер;
 - МЛУ туберкулез является неуклонно прогрессирующим заболеванием, трудно поддающимся лечению, и грозит смертельным исходом;
 - основные противотуберкулезные препараты при этой форме заболевания не помогают, поэтому применяется схема, состоящая из препаратов I и II ряда;
 - некоторые из резервных препаратов токсичны и могут вызвать побочные явления, в том числе необратимые, например: канамицин и каприомицин вызывают снижение слуха; протионамид и офлоксацин – ухудшение аппетита, тошноту, жидкий стул; пипразинамид – боли в суставах; циклосерин – снижение настроения. С целью ликвидации побочных реакций будет назначено дополнительное лечение;

- если лечение прерывается самостоятельно раньше срока или препараты принимаются нерегулярно или в неправильных дозировках – лечение становится неэффективным, а заболевание неизлечимым.

7. **Я извещен/а/** о вероятном течении заболевания в случае отказа от предложенного плана лечения: прогрессировании туберкулезного процесса, развитии таких осложнений, как: формирование лекарственной устойчивости, кровохаркание, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, ателектаз, легочная и сердечная недостаточность, свищи бронхиальные, торакальные и др., летальный исход (смерть).

8. **Я поставил/а/** в известность лечащего врача обо всех проблемах своего здоровья:

- аллергические реакции _____
(к каким препаратам)
- индивидуальная непереносимость лекарственных средств _____
- сообщил/а/ о своих вредных привычках:

Вредные привычки	Да	Нет
Курение		
Злоупотребление алкоголем		
Употребление наркотических средств или их суррогатов		

9. **Я разрешаю** давать информацию о моем заболевании (характере и особенностях, прогнозе, предстоящей операции, ожидаемых результатах лечения, возможных последствиях, степени риска, осложнениях, течении послеоперационного периода и т.д.) только _____

10. В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания **разрешаю** (не разрешаю) сообщать информацию мне и (или) _____

11. **Я даю** (не даю) согласие на внесение моего диагноза в листок нетрудоспособности.

12. **Мне разъяснено**, что при моем заболевании не существует альтернативных методов лечения – только медикаментозное и (или) хирургическое, коллапсотерапевтическое, пневмоперитонеум, клапанная бронхоблокация.

13. **Мне разъяснено**, что туберкулез является инфекционным заболеванием, передающимся воздушно-капельным путем от человека к человеку.

14. **Мне разъяснено**, что во время медикаментозного лечения возможно развитие таких неблагоприятных эффектов как: токсические и (или) аллергические побочные реакции на противотуберкулезные препараты.

15. **Я даю** (не даю) согласие на неинвазивные и лабораторные методы обследования, входящие в план моего лечения.

16. **Я даю** (не даю) согласие на любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

17. **Я даю** (не даю) согласие на подбор и осуществление медикаментозного и др. видов лечения лечащему врачу _____

Я ознакомился/ась/ со всеми пунктами настоящего документа, получил/а/ необходимые пояснения, понял /а/ суть подписываемого документа и согласен /а/ с ним

Пациент имеет право собственноручно оставить любую приписку на данном информированном согласии _____

(Подпись пациента, ФИО)

« _____ » 202__ год.

Беседу провел врач _____

« _____ » 202__ год.



**ОТКАЗ ОТ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
В ФГБУ «ННИИТ» МИНЗДРАВА РОССИИ**

(ИЛИ ОТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

на основании ч.п.4 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан Российской Федерации», или законный представитель пациента

(фамилия, имя, отчество)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)
находясь на лечении (обследовании) в отделении _____

(название отделения, номер палаты)

отказываюсь от проведения мне дальнейшего лечения// или от предложенного санаторно-
курортного лечения.

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
2. О своем заболевании и возможных осложнениях его течения информирован /информирована/, рекомендации по лечению получил /получила/.
3. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства /лечения/ может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному /смертельному/ исходу.
4. Я ознакомлен /ознакомлена/ и согласен /согласна/ со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).
5. Я удостоверяю, что текст **ОТКАЗА** мною прочитан, что получены объяснения в доступной для меня форме, мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.
6. Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к ФГБУ «ННИИТ» МЗ РФ в случае развития негативных последствий вследствие принятого мною решения.

Пациент расписался в моем присутствии:

От проведения медицинского вмешательства
(лечения) отказываюсь:

Врач

Пациент

Заведующий
отделением _____

Законный представитель пациента

" ____ " ____ 20 ____ г.

" ____ " ____ 20 ____ г.



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

**Отказ от медицинского вмешательства
(предложенного лечения/обследования методом)**

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)

или законный представитель пациента

(фамилия, имя, отчество)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____,
(название отделения, номер палаты)

на основании п.4 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **добровольно отказываюсь от предложенного мне лечения/ обследования методом**

1. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.
2. Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.
3. Я удостоверяю, что текст ОТКАЗА мною прочитан, что получены объяснения в доступной для меня форме, мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).
4. Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

**Пациент либо
представитель** _____

(подпись пациента либо его доверенного лица фамилия, имя, отчество)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата _____ 20 _____ год

Беседу провел врач _____

Дата _____ 20 _____ год



ФГБУ «ВНИИТ» Минздрава России

Решение консилиума без согласия больного о проведении медицинского вмешательства (операции)

В соответствии п. 10 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» принято решение о необходимости неотложного медицинского вмешательства (операции) без согласия больного в его интересах.

Основания:

1. Состояние больного, не позволяющее ему выразить свою волю:

2. Отсутствие законного представителя больного:

- не достигшего 15-летнего возраста;

- признанного в установленном порядке недееспособным.

Подписи членов консилиума или
дежурного (лечащего) врача _____

(фамилия, имя, отчество, дата)

Ознакомлены:

Лечащий врач _____

(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Главный врач - заместитель директора по клинической
работе _____

(Соловьева И. В.)

« _____ » _____ 20__ г.

Ознакомлен:

Законный представитель пациента _____

(подпись, фамилия, имя, отчество)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

« _____ » _____ 20__ г.

Главному врачу - заместителю
директора по клинической работе
ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
И. В. Соловьевой

Заявление

На основании статьи 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 № 8 "О погребении и похоронном деле",

Я,

(Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы умершего)

близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

(дата, место смерти)

(Ф.И.О. и возраст умершего)

по причине (нужное подчеркнуть):

- по религиозным мотивам;
- по иным мотивам, основаниям

(указать) _____

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинскому персоналу ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза» Минздрава Российской Федерации поводу качества диагностики и лечения.

Врач

Заведующий
отделением

" ____ " ____ 20 ____ г.

Законный представитель умершего пациента

" ____ " ____ 20 ____ г.



ФГБУ «ВНИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие
больного туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью
возбудителя перед началом курса лечения

(Содержание этого документа объясняется пациенту и подписывается перед началом лечения. Соглашение заполняется в 2 экземплярах; 1 экземпляр выдается больному на руки.)

Я, _____
фамилия, имя, отчество пациента

информирован, что на основании результатов моих анализов мокроты, у меня диагностирован туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ). Я понимаю - это означает, что микобактерии туберкулеза (микробы, вызывающие туберкулез) не чувствительны, по крайней мере, к двум основным противотуберкулезным препаратам, обычно применяющимся в лечении заболевания.

Я осведомлен и понимаю следующие факты о моем заболевании:

- без лечения МЛУ - туберкулез является неуклонно прогрессирующим заболеванием, трудно поддающимся лечению, и грозит смертельным исходом;
- основные противотуберкулезные препараты при этой форме заболевания не эффективны, поэтому применяется схема, состоящая из препаратов I и II ряда;
- некоторые из резервных препаратов токсичны и могут вызвать побочные явления, в том числе необратимые, например: канамицин и каприномицин вызывают снижение слуха; протионамид и офлоксацин – ухудшение аппетита, тошноту, жидкий стул; пипразинамид – боли в суставах; циклосерин – снижение настроения. С целью профилактики побочных реакций будет назначено дополнительное лечение;
- я согласен на проведение осмотра врачом-психиатром, так как прием циклосерина может вызывать расстройства в эмоциональной и психической сфере;
- курс лечения продолжается длительное время (8 месяцев);
- курс лечения будет проводиться в изолированном отделении со строгим ограничительным режимом на период бактериовыделения;
- курс лечения непрерывный и проводится в 2-3 этапа; стационар – санаторий - диспансер;
- без разрешения лечащего врача мне запрещено покидать пределы территории института, посещать другие отделения;
- если лечение самостоятельно прерывается пациентом раньше срока или препараты принимаются нерегулярно и в неправильных дозировках – лечение становится неэффективным, а заболевание неизлечимым.

Я поставлен в известность, что прием алкоголя, наркотических и токсических средств делает лечение неэффективным, приводит к усилению токсичности противотуберкулезных препаратов и усилению побочных эффектов, осложнений вплоть до смертельного исхода.

Я поставлен в известность, что подписав эту форму: я даю согласие на курс лечения, который проводится длительное время и некоторые препараты могут вызвать временное ухудшение самочувствия. Я готов соблюдать полный курс лечения до его завершения.

Я обязуюсь сообщать лечащему врачу и/или другим медицинским работникам о плохой переносимости ЛПТ (о любом ухудшении состояния здоровья).

Я согласен с тем, что лечение на базе Новосибирского научно-исследовательского института (ВНИИТ) гарантирует мне полный курс лечения при постоянном медицинском и лабораторном контроле. При появлении побочных реакций мне будет оказано лечение.

С режимом отделения МЛУ-ТБ я ознакомлен /ознакомлена/.

Лечащий врач в свою очередь обязуется меня уведомлять о ходе лечения и коррекции в лечении.

Я понимаю, что несоблюдение положений соглашения может привести к отмене назначенного мне лечения и досрочной выписке из ВНИИТ, я осознаю все последствия для моего здоровья, которые могут возникнуть.

Я ознакомился/ась/ со всеми пунктами настоящего документа, получил/а/ необходимые пояснения, понял/а/ суть подписываемого документа и согласен/а/ с ним, в чем **собственноручно** расписался.

Пациент расписался в моем присутствии:

Врач

Пациент

_____ 20__ г.

_____ 20__ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие пациента на
предложенный план профилактики тромбоэмболии
легочной артерии

Я, _____
(ФИО пациента)

получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

Я ознакомился/ась/ со всеми пунктами настоящего документа, получил/а/ необходимые пояснения, понял/а/ суть подписываемого документа и согласен/а/ с ним, в чем расписался:
собственноручно

Пациент _____ (_____)
« ____ » _____ 20 ____ год

Беседу провел врач _____ (_____)
« ____ » _____ 20 ____ год



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие
на предварительный осмотр и консультативный приём врачом-
фтизиатром

(Содержание этого документа объясняется пациенту и подписывается перед началом проведения консультации. Соглашение заполняется в 2 экземплярах; 1 экземпляр выдается пациенту на руки.)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приёма.

Я, _____, добровольно обращаюсь за

(фамилия, имя, отчество пациента)

консультативно-диагностическими медицинскими услугами во **фтизиатрии**, предоставляю полностью информацию на сегодняшний день о состоянии моего здоровья.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения.

Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на её проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(подпись)

(ФИО полностью)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач: _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.



ФГБУ «НИИИТ» Минздрава России
**Акт об отказе пациента собственноручно подписать
«Отказ от дальнейшей госпитализации»**

Настоящим актом удостоверяем, что в _____
(время и место составления акта; палата, ординаторская и т.д.)

в нашем присутствии лечащий врач _____ ознакомил
(ФИО лечащего врача)

пациента _____
(ФИО пациента или законного представителя)

с текстом «Отказа от дальнейшей госпитализации в ФГБУ «НИИИТ» Минздрава России»,
который пациент собственноручно подписать отказался.

Содержание данного акта подтверждаем личными подписями:

1. _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)
2. _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)
3. _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящий акт составил:
лечащий врач _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ 202__ год



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие на оформление и выдачу
электронного листка нетрудоспособности

Я,

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

«___» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган)

(адрес места жительства законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочного законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое _____ согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку моих лица, законным представителем которого являюсь _____, персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям мои _____, лица, законным представителем которого являюсь _____, персональные данные необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

- а) прекратить их обработку,
- б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

(подпись пациента)

(контактный телефон) _____

«___» _____ 202__ год

Беседу провел врач _____ (_____)

«___» _____ 202__ год



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие
на рентгенологическое исследование

(Настоящий документ составлен в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 и Федерального закона № 3-ФЗ от 9 января 1996 г. «О радиационной безопасности населения» с изменениями от 22 августа 2004 г.)

Мне _____,
 (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

моим лечащим врачом _____ разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с его дальнейшим развитием.

2. Я понимаю необходимость и уполномочиваю медицинский персонал, имеющий соответствующую подготовку и сертификат, выполнить мне следующие диагностические рентгенологические исследования (рентгенографию, рентгеноскопию, томографию, компьютерную томографию, денситометрию) а в случае возникновения осложнений во время проведения исследования осуществить необходимые медицинские действия для улучшения моего состояния.
3. Я понимаю, что данные исследования связаны с воздействием рентгеновского ионизирующего излучения и проводятся мне по клиническим показаниям в соответствии с моим желанием.
4. Я информирован/а лечащим врачом о целях, характере и неблагоприятных эффектах проводимых диагностических процедур, и обязуюсь выполнять устные инструкции медицинского персонала во время их проведения.
5. Я информирован/а, что в процессе обследования может возникнуть необходимость назначения мне дополнительных исследований для уточнения предполагаемого диагноза.
6. Я информирован/а, что в итоговом протоколе исследования будет указана фактически полученная мною доза ионизирующего излучения в общепринятых единицах.
7. В течение последнего года (отметить):
 - мне не проводились рентгенологические исследования;
 - мне проводились следующие рентгенологические исследования: _____

Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

 (Подпись пациента (или его законного представителя))

От проведения указанных в п.2 исследований отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от исследования, а именно поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

 (Подпись пациента (или его законного представителя), телефон пациента)

Подпись
 врача _____

 дата



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (стоматология терапевтическая)

(наименование отделения/подразделения)

Я, _____, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, прейскурантом.

Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае не явки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Я внимательно прочитал(а) данное приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Подпись пациента _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач-стоматолог _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России
Информированное добровольное согласие
с Правилами внутреннего распорядка учреждения

Я, _____
(ФИО пациента)

ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка учреждения, которые обязан соблюдать, находясь в _____ отделении ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России. Мне разъяснена необходимость соблюдения правил внутреннего распорядка для пациентов, в том числе:

- запрет курения в зданиях учреждения и на его территории;
- запрет распития спиртных напитков, употребления наркотических средств, психотропных и токсических веществ;
- запрет появления в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;
- запрет самовольного оставления учреждения до завершения курса лечения.

Я предупрежден(а) о том, что за нарушение правил внутреннего распорядка могу быть досрочно выписан из стационара с соответствующей отметкой в листе нетрудоспособности (п.2. ст. 12 Федерального закона от 23.02.2013 N 15-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»; ст. 20.20. "Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 23.06.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 04.07.2020)

Подпись пациента _____ (_____)

Дата « _____ » _____ 202__ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕДАКВИЛИНОМ
СВЫШЕ 6 МЕСЯЦЕВ

Я, _____
в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, разделом IX Приказа Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Туберкулез у взрослых» 2020, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **увеличение продолжительности моего лечения бедаквилином свыше 6 месяцев.**

Я в полной мере и в доступной форме проинформирован(а) риске, связанном с приёмом бедаквилина, о его последствиях, возможных побочных реакциях, а также о том, что риск отказа от приёма бедаквилина превышает риск от возможных побочных эффектов.

Мне разъяснено, что необходимость увеличения продолжительности лечения бедаквилином свыше 6 месяцев установлена решением врачебной комиссии.

Я предупрежден(а) об абсолютном противопоказании приёма бедаквилина при беременности, кормлении грудью, тяжелой почечной недостаточности, тяжелой печеночной недостаточности, непереносимости лактозы, глюкозо-лактозной мальабсорбции, дефиците лактозы, гиперчувствительности.

О любых изменениях в самочувствии при приеме бедаквилина (боли в мышцах и/или суставах, головная боль, головокружение, потеря сознания, рвота, тошнота, диарея, боли в правом подреберье, дискомфорт/перебои в области сердца) обязуюсь незамедлительно сообщить лечащему врачу.

Пациент _____ (_____)
Подпись (расшифровка подписи)

«_____» _____ 20__ г.

Беседу провел врач _____ (_____)
(Ф.И.О. врача, подпись)

«_____» _____ 20__ г.



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ /
ВМЕШАТЕЛЬСТВА.**

в соответствии со ст. 20 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.»

Я, _____, проинформирован
врачом-эндоскопистом _____ об особенностях
выполнения данного исследования, о возможных побочных эффектах и осложнениях:

- перфорация органа (0,03-0,4% случаев);
- кровотечение из места биопсии (0,01 -0,1%);
- затруднение дыхания;
- пневмония;
- сердечно-сосудистые расстройства;
- аллергические реакции; повреждения зубов;
- обострение хронических заболеваний.

При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное, интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение.

В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма, а используемая технология исследования не может полностью исключить их вероятность, исполнитель не несёт ответственности за наступление осложнений, если эндоскопическое исследование проведено с соблюдением всех необходимых требований.

Я внимательно прочитал(а) данное приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом-эндоскопистом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые вмешательства при проведении эндоскопического исследования с биопсией.

Пациент _____ (_____)
(подпись) (расшифровка подписи)

« _____ » 20 ____ г.

Беседу провел врач _____ (_____)
(Ф.И.О. врача, подпись)

« _____ » 20 ____ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ БЕРЕМЕННОЙ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, в том числе на рентгенологические исследования, ультразвуковые исследования, плевральные пункции, эндоскопические методы исследования, переливания биологических жидкостей, противотуберкулезную терапию, патогенетическую, симптоматическую терапию, ингаляционную терапию, физиопроцедуры, консультации специалистов и другие виды медицинского вмешательства в ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я в полной мере и в доступной форме проинформирована о целях, методах оказания медицинского вмешательства, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах данного медицинского вмешательства.

Я предупреждена также о том, что любое из вышеперечисленного может вызвать тератогенный и/или эмбриотоксический эффект.

Я задала все интересующие меня вопросы. На них мне даны исчерпывающие ответы.

Я уведомлена, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника при оказании и после оказания медицинского вмешательства, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Пациент имеет право собственноручно оставить любую приписку на данном информированном согласии _____

Фамилия, инициалы и подпись пациента (или его законного представителя)

Беседу провел врач _____ (_____)
(подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.



ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Я, _____

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный/ая по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№ п/п	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1		Компьютерная томография	

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом,

законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** диагностика заболеваний внутренних органов; диагностика заболеваний костной ткани; диагностика заболеваний сосудов; диагностика онкологических заболеваний; контроль результатов проводимого лечения; оценка эффективности оперативного вмешательства (ненужное зачеркнуть).

- **методы оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что компьютерная томография представляет собой метод рентгенологического диагностического исследования органов и тканей, заключающийся в послойном сканировании тканей посредством просвечивания их рентгеновскими лучами, последующей компьютерной обработкой полученных изображений, в результате чего получается серия посрезовых снимков обследуемого органа и трехмерная картинка для более наглядного отображения имеющихся нарушений.

Мне разъяснено, что компьютерная томография может осуществляться методом спиральной компьютерной томографии, методом мультиспиральной компьютерной томографии, методом компьютерной томографии с контрастированием. При спиральной компьютерной томографии рентгеновский луч вращается по спирали, томограф делает от одного до нескольких снимков за один оборот в зависимости от скорости вращения, которая регулируется врачом-рентгенологом. При мультиспиральной компьютерной томографии применяется томограф с высокой разрешающей способностью, позволяющий получать до трехсот снимков за один оборот и фиксировать все процессы, которые происходят в организме за одну секунду.

При компьютерной томографии с контрастированием для улучшения визуализации в организм вводится контрастное вещество. Введение окрашивающего йодсодержащего препарата позволяет лучше диагностировать опухолевые образования и сосудистые патологии. Контраст в организм пациента вводится внутривенно, перорально или ректально. Способ введения препарата зависит от исследуемой области. Контрастный препарат, не причиняя никакого вреда здоровью, выводится из организма человека в течение 1-2 суток естественным путем.

Мне разъяснено, что при компьютерной томографии без контрастирования предварительная подготовка не требуется. При необходимости введения контраста запрещается принимать пищу, лекарственные препараты и воду в течение четырех часов перед процедурой, поскольку контрастное вещество вводится строго натощак.

Мне разъяснено, что компьютерная томография проводится следующим образом. Обследование проводится в специально оборудованном диагностическом кабинете. Пациент располагается лежа на спине на диагностическом столе томографа. Для обеспечения полной неподвижности тело обследуемого фиксируется специальными креплениями. При компьютерной томографии с контрастированием до начала процедуры медицинский работник вводит контрастное вещество или устанавливает внутривенный катетер, с помощью которого во время сканирования контрастное вещество будет вводиться в вену автоматически. При попадании в кровь окрашивающий препарат вызывает у пациента специфическую реакцию - жар или холод, как будто растекающийся по вене, а также может возникнуть привкус металла во рту. Затем диагностический стол вместе с пациентом задвигается в тоннель томографа. По спирали, вокруг обследуемого вращается сканер, а кушетка под ним совершает поступательные движения в горизонтальной плоскости. Время от времени врач-рентгенолог может попросить пациента задержать дыхание - это требуется для качественного отображения информации. О возникновении непредвиденных и экстремальных ситуаций пациент может сообщить медицинскому работнику по системе обратной связи. Длительность компьютерной томографии составляет от 20 минут до 1 часа. После процедуры пациент может сразу же вернуться к привычной жизни.

2. связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что при компьютерной томографии применяется ионизирующее излучение, которое дает радиационную нагрузку на человеческий организм, однако доза излучения практически безопасна.

Мне разъяснено, что относительными противопоказаниями к компьютерной томографии являются: детский возраст; беременность (особенно, первый триместр); период лактации; гиперкинез (непроизвольные мышечные спазмы и судороги); тяжелые психические расстройства и клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства).

Мне разъяснено, что абсолютными противопоказаниями к компьютерной томографии являются: аллергия на йод и йодсодержащие препараты; объем талии, превышающий диаметр капсулы томографа; почечная недостаточность; тяжелые формы сахарного диабета; миеломная болезнь; эндокринные нарушения.

3. возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что компьютерная томография осуществляется методом спиральной компьютерной томографии/методом мультиспиральной компьютерной томографии/методом компьютерной томографии с контрастированием (*ненужное зачеркнуть*).

Мне разъяснено, что контрастный препарат при компьютерной томографии с контрастированием вводится перорально/внутривенно/ректально (*ненужное зачеркнуть*).

4. предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что с помощью компьютерной томографии врач получает полную информацию о месторасположении (локализации) патологического очага, степени его распространения в окружающие ткани и тяжести течения заболевания. Своевременное и качественное проведение компьютерной томографии позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом компьютерной томографии является получение медицинского заключения врача с описанием области обследования.

Мне разъяснено, что компьютерная томография, как любое исследование, обладает определенными диагностическими пределами, а также возможной ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*

(ФИО выбранного лица)

« _____ » _____ 20 г. _____ / _____

Беседу провел врач _____ (_____)
(Ф.И.О. врача, подпись)

« _____ » _____ 20 г.

Уважаемый пациент
Убедительно просим Вас ответить на несколько вопросов
(поставьте любой знак в нужном квадрате)

- | | НЕТ | ДА |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Есть ли у Вас или были аллергические реакции, реакции на йод? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Были ли у Вас аллергические реакции на другие медицинские препараты, либо любые другие вещества (включая пищевую аллергию) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то на что _____ | | |
| Страдаете ли вы бронхиальной астмой, аллергическим ринитом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Есть ли у Вас заболевания сердца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 3) Есть ли у Вас заболевания почек? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 4) Были ли у Вас какие-либо оперативные вмешательства? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 5) Страдаете ли Вы диабетом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Были ли у Вас исследования желудка, кишечника с применением контрастного вещества за последний месяц (барий и т.п.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Дата « ____ » _____ 2021 г.

Я,

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный/ая по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне консультации с применением телемедицинских технологий по вопросу моего заболевания медицинским работником ФГБУ «ВНИИИТ» Минздрава России,

Ф. И. О. врача

Медицинским работником в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения консультации с применением телемедицинских технологий.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

а) консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

б) при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления им диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации);

в) дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Я проинформирован(а), что результатом консультации является медицинское заключение или, при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Мне разъяснено, что материалы, полученные по результатам консультации, подлежат хранению в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Предоставление мне документации (их копий) и выписок из них осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. N 965н, законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Информацию до пациента довел: _____/_____/

подпись, инициалы, фамилия врача

Пациент: _____/_____/

подпись, инициалы, фамилия пациента