

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 38 ИМ. Н. А. СЕМАШКО»

ПРИКАЗ

«<u>15</u>» апреля 2022 г.

№ a3H

«Об утверждении форм информированных добровольных согласий»

В целях соблюдения законных прав и интересов граждан, предусмотренных ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», на основании п. 6.2, 6.3 Устава

ПРИКАЗЫВАЮ:

- 1. Утвердить формы:
- 1.1. Информированное добровольное согласие на проведение лучевой диагностики (Приложение № 1).
- 1.2. Информированное добровольное согласие на выполнение рентгенологического исследования с использованием сульфата бария (Приложение $N \ge 2$).
- 1.3. Информированное добровольное согласие на выполнение компьютерной томографии с использованием контрастного вещества (Приложение N = 3).
- 2. Ранее действовавшие аналогичные формы добровольных информированных согласий не подлежат использованию.
- 3. Начальнику информационно-технического отдела Карпекину М.М. обеспечить размещение в системе 1С: Предприятие утверждаемых форм, ранее использовавшиеся формы удалить.
- 4. Секретарю руководителя Аверкиевой М.С. в течение трех рабочих дней ознакомить заведующих отделений под роспись и направить настоящий приказ на их корпоративную почту.
- 5. Заведующим отделениями ознакомить с настоящим приказом работников отделений под роспись; листы об ознакомлении сдать секретарю руководителя М.С. Аверкиевой в срок до 25.04.2022.

6. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.Ф. Панфиленко

Подпись

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»

(ИНН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

(рентгенография, маммография, денситометрия, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография)

ная томография)	
бходимое исследован	iue)
	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1
серия	номер,
	12
ние выдавшего органа)	
рафия, маммография	АСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ я, денситометрия, магнитно- подчеркните необходимое
е, даю настоящее сог ению указанного исс оганизм мне разъясно	ознакомился (ась) с данным гласие на предложенных мне следования мне разъяснены и ены и понятны. я мне ранее аналогичных
аличии беременност	и и иных противопоказаниях
цества: ДА / НЕТ ведению лучевой ди	ванием, в том числе с агностики: ДА / НЕТ
(подпись пациента или законного представите рованное согласие:	
	бходимое исследованой полностью) дарегистрированный серия дие выдавшего органа) ВОЛЬНОЕ СОГЛА рафия, маммография (врача, внимательно е, даю настоящее согонной указанного исследов проводивших сидаличии беременность прических исследов прества: ДА / НЕТ ведению лучевой дий: ДА / НЕТ ведению лучевой дий

(Должность, ФИО)

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»

(ИНН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СУЛЬФАТА БАРИЯ

Я,										
			20). полностью)			u	
<u> </u>	»		_, 20	_ года	рождения	, зарегистрирован	ный и	проживан	ощий г	10 адресу:
дон	сумент,	удостоверя	—————————————————————————————————————	ичност	ь:	серия_		номе	o	
	дан		*						A)	
	na an antara ann an a			(0	дата и назван	ие выдавшего органа))			
	ДАЮ	ИНФОРМ	ГИРОВ	AHHC	ре добро	овольное со	ОГЛА	CHE HA	ПРОВ	едение
	PEHT	ГЕНОЛОІ	ГИЧЕС	СКОГО) ИСС	ЛЕДОВАНИЯ	C	испо.	IP30 E	ЗАНИЕМ
	СУЛЬ	ФАТА БА	РИЯ.							
	Я, хор	жноп ошос	л(а) все	е разъ	яснения в	рача, вниматели	ьно озн	накомился	(ась)	с данным
до	кумент	ом, приниг	мая осо	знанно	е решени	е, даю настояще	е согла	сие на пре	дложе	нных мне
yc	повиях	•								
	Показа	ания и пр	отивоп	оказан	ия к про	ведению рентго	енологи	ического	исслед	ования с
ис	пользо	ванием сул	ъфата б	бария м	ине разъяс	нены и понятны				
	Лучев	ая нагрузка	и ее вл	тияние	на мой ор	ганизм мне разъ	яснень	ткноп и и	ιы.	
	Я обя	зуюсь дать	полну	ю инф	ормацию	проводившихся	мне р	оанее рент	стеноло	эгических
ис	следов	аниях.								
	Я обяз	уюсь прои	нформи	гроватт	ь врача о н	аличии беремен	ности и	иных про	тивопо	оказаниях
кг	роведе	ению рентг	енолог	ическо	го исслед	вания.				
	(Да	пее обведит	з необхо	одимый	вариант)					
	- 2	-								
	1.		197	-		гических иссл			TOM	числе с
	-				-	стного вещества				
	2.		-	показа	ний к про	ведению рентген	нологи	ческого ис	следов	зания:
	2	ДА/НЕТ		v	, j					4
	3.			ой реак	щии/непер	еносимости веш	цеств, с	одержащи	іх суль	фат
	4	бария ДА				× π / / / / / / / / / / / / / / / / / /				
						й: ДА / НЕТ	TEA / TE	TEAL		
	5.	наличие н	іа моме	ент исс	ледования	беременности:,	да/н	LI		
	// \			20	Γ.					
	«»			_ 20_	_1.					
					_			_/		
						(подпись пациент	а или его	p/ Pi	асшифро	овка
					ec	законного предста			TP	
Pa	ботнин	с, взявший	добров	ольное	информи	рованное соглас	ие:			
								<u> </u>	2	
			(Должн	юсть, Ф	РИО)			Под	пись	

	10:	Приложение № 3
Приказ № 👱	134 OT	15. angeld 2022 r.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»

(ИЙН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА

	<i>7</i> 1,		
« <u> </u>		Р.И.О. полностью) ения, зарегистрированный и пр	оживающий по адресу:
доку	мент, удостоверяющий личность:	серия	номер
выда	ıH		
КОН обле друг	даю информированное добровольно МОГРАФИИ С ВНУТРИВЕЛ ИТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА, которо гчает визуализацию аномальных стру их органов тела. Мне разъяснено, что отказ от примена ановке диагноза.	ННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ре обеспечивает усиление контральных или образований центральных контрастного препарата мож	ЙОДСОДЕРЖАЩЕГО астности изображения и ной нервной системы и ет привести к ошибкам в
разъя введо лекар довеј котој аллеј осози поня	Содержание указанных выше медицинст жнения и последствия, включая нетрудост иснены. Я понимаю, что в результате выполнения и подсодержащего контрастного вещее оственных препаратов может возникнуть ряю врачу и его коллегам принять соответс рые врач сочтет необходимым для улучшег Я обязуюсь дать полную информацию о огических реакций, и какими агентами алле Я, хорошо понял(а) все разъяснения врачанное решение, даю на предложенных мня Показания и противопоказания к проветны. Лучевая нагрузка и ее влияние на мой ор Я обязуюсь дать полную информацию пу Я обязуюсь проинформировать врача о едования.	пособность, снижения качества жиз ия рентгеновской компьютерной ток ства, а также инвазивного введения необходимость другого вмешателя ствующее решение и выполнить любния моего здоровья. имеющихся у меня хронических забергические реакции вызваны. ча, внимательно ознакомился с данне условиях. едению рентгенологического исследоганизм мне разъяснены и понятны. роводившихся мне ранее рентгенологоворя и понятны.	ни и летальный исход мне мографии и внутривенного других, необходимых мне ства или исследования. Я бые медицинские действия олеваниях, а также наличие ным документом, принимая дования мне разъяснены и и и и и и и и и и и и и и и и и и и
	 (Далее обведите необходимый вариал Проведение ранее рентген внутривенным введением кон Наличие противопоказаний к Наличие побочной реакции/но Наличие хронических заболен Наличие на момент исследова 	нологических исследованием итрастного вещества: ДА / НЕ проведению компьютерной то епереносимости йодсодержащ ваний: ДА / НЕТ	Г омографии: ДА / НЕТ
– Рабо	20 г.	—————————————————————————————————————	Расшифровка
	(Должность, ФИО)		Подпись