# Информированное добровольное согласие

# на дистанционное наблюдение за физиологическими показателями состояния здоровья

$day$ $month$ $year$ г.

Я, $f\_n$, $bd\_year$ года рождения, $live$ по адресу:

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

добровольно даю свое согласие на оказание мне в соответствии с назначениями врача услуги дистанционного наблюдения за физиологическими показателями состояния моего здоровья (нужное подчеркнуть):

* артериальное давление, частота сердечных сокращений;
* масса тела;
* уровень глюкозы крови;
* показатели функции внешнего дыхания;
* международное нормализованное отношение (МНО);
* электрокардиографические данные.

Врач проинформировал меня об услуге дистанционного наблюдения за соответствующими показателями, оказываемой в рамках диспансерного наблюдения, показаниях к её назначению, механизме и длительности проведения, методике ее оказания, возможных побочных и нежелательных эффектах.

Мне разъяснили, что целью данной услуги является проведение длительного динамического наблюдения за параметрами моего здоровья с использованием дистанционной передачи данных при помощи телемедицинских технологий.

Я $sex$ с показаниями к проводимой услуге:

* наличие хронического заболевания, требующего проведения диспансерного наблюдения;
* наличие возможности самостоятельного измерения физиологических параметров организма;
* наличие технической возможности применения дистанционного диспансерного наблюдения;
* согласие пациента на дистанционное наблюдение.

Я $sex$ с результатом проводимой процедуры и механизмом её действия:

* Дистанционное наблюдение является новым и перспективным методом наблюдения пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями.
* Преимущества дистанционного наблюдения - это возможность общения с врачом на расстоянии при помощи современных средств связи, позволяющих дистанционно передавать врачу такие сведения о состоянии здоровья пациента как уровень артериального давления, электрокардиограмму, вес, частоту сердечных сокращений, уровень глюкозы крови и др. Это позволит избежать очередей, быстрее связываться с врачом и получать его рекомендации. Дистанционное наблюдение поможет моему врачу существенно быстрее получить данные о состоянии моего здоровья и оказать необходимую медицинскую помощь. Это, возможно, позволит снизить риск развития осложнений и повысить качество моей жизни.
* Продолжительность наблюдения: от нескольких недель до нескольких месяцев - при необходимости подбора/коррекции терапии, неограниченно длительная - при контроле терапии.
* Возможность пролонгации: имеется.

Я $warn$ о возможных осложнениях (рисках):

* Риски дистанционного наблюдения – это риски, связанные с особенностями проведения наблюдения, сопряженные со сбором информации о состоянии здоровья на расстоянии. Возможны технические неполадки в работе средств связи и других приборов. Поскольку данные передаются на расстояние с помощью аппаратуры, не исключено искажение данных при нарушении ее работы, хотя вероятность этого крайне мала.
* При дистанционном наблюдении врач не видит больного, не имеет возможности провести осмотр, что в редких случаях может явиться причиной ошибок в заключениях и рекомендациях.
* Дистанционное наблюдение не является аналогом или заменой очных врачебных консультаций. Вероятность ошибки при дистанционном наблюдении возрастает по мере уменьшения времени принятия решения (период обострения заболевания, экстренные и неотложные состояния).
* Дистанционное наблюдение не является само по себе инструментом экстренного реагирования врача на неотложные ситуации. Наблюдение осуществляется в плановом режиме, и лечащий врач получает заключения по мониторингу с определенной периодичностью.
* Экстренные и неотложные состояния не являются предметом дистанционного консультирования, требуют вызова скорой помощи с последующей очной консультацией врача.
* Развитие ситуаций в состоянии здоровья, требующих проведения неотложных медицинских мероприятий, служит основанием для врача по проведению внеплановых очных консультаций в целях коррекции терапии.
* Способами снижения рисков являются следующие: проведение врачом первичного очного приема; оформление первичной медицинской документации (амбулаторная и электронная медицинская карта); цифровая запись телефонных консультаций; подписание информированного согласия; передача врачу максимально объективных жалоб, сведений по развитию и течению заболевания, данных истории жизни, условий настоящей (или предшествующей) трудовой деятельности, аллергологического анамнеза, результатах диагностического обследования и другой медицинской информации, позволяющей врачу установить основной клинический диагноз и сопутствующие заболевания; четкие и точные ответы на все вопросы врача; при необходимости, заполнение опросников; привлечение к лечению профильных специалистов (эндокринолог, пульмонолог и др.); соблюдение программы проведения измерений (кратность измерений).

Я $sex$ со списком противопоказаний:

* Невозможность проведения самостоятельного измерения физиологических параметров организма;
* Отсутствие технической возможности передачи данных;
* Отказ пациента.

Я так же $warn$ о ситуациях, которые могут явиться причиной прекращения проведения дистанционного наблюдения:

* Неустранимые технические проблемы, связанные с оборудованием для проведения дистанционного мониторинга или с невозможностью его использования мной лично (пациентом);
* Отсутствие фактического проведения измерений мной лично (пациентом);
* Отсутствие возможности дистанционного контакта лично со мной (пациентом);
* Невыполнение мной лично (пациентом) рекомендаций, полученных в ходе дистанционного наблюдения.

Я понимаю, что окончательное решение о прекращении или продолжении дистанционного наблюдения принимает лечащий врач.

Мне объяснено, что в случае прекращения проведения дистанционного диспансерного наблюдения по любой причине, мне будет продолжено диспансерное наблюдение в очной форме в порядке и объеме, установленным действующим законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Я $get$ в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, анестезиологических пособиях (с указанием места и времени проведения), заболеваниях (в том числе хронических), об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я $say$ правдивые сведения о наследственности, вредных привычках, а также об употреблении алкоголя, наркотических, или токсических веществ.

Я $agree$ с назначением дистанционного наблюдения за физиологическими показателями состояния моего здоровья.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача, в том числе график измерений, и обязуюсь своевременно его посещать при ухудшении самочувствия в случае инициированного врачом вызова на очный прием по результатам дистанционного наблюдения.

Я обязуюсь сразу обратиться к лечащему врачу (врачу-терапевту участковому/врачу общей практики/врачу-специалисту, если появятся нежелательные явления или другие побочные эффекты, (обострение хронических заболеваний) в целях коррекции дальнейшего наблюдения, лечения.

Я $warn$, что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть риски, нарушающие проведение дистанционного наблюдения и течение основного заболевания.

Я понимаю, что проведение дистанционного наблюдения не может исключить развитие возможных неотложных/экстренных ситуаций или возможного осложнения имеющихся основных и сопутствующих заболеваний, некоторые из которых могут потребовать экстренного или планового лечения в условиях стационара.

Я $info$ о том, что медицинский персонал сделает всё от него зависящее для снижения возможности развития «непредвиденных» ситуаций со стороны моего здоровья.

# Я разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья (диагноз, степень тяжести, характер заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований и другая медицинская информация) медицинским организациям, оказывающим услугу дистанционного наблюдения за физиологическими показателями состояния моего здоровья.

У меня была возможность задать врачу интересующие меня вопросы относительно запланированных услуг, альтернативных форм лечения, результатов, риска и опасности для здоровья, связанных с оказанием услуг. Врач полностью ответил на все мои вопросы. Вся информация, которую я получил(а) в ходе консультирования была изложена на доступном и понятном мне языке и продублирована на бумажном носителе (выдана на руки памятка).

С учётом сообщенных мне сведений в соответствии со [статьей 20](http://ivo.garant.ru/" \l "/document/12191967/entry/20) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю информированное добровольное согласие на проведение вышеуказанной процедуры.

Пациент / / $short\_name$

$day$ $month$ $year$ г.

Лечащий врач / / $doctor\_s\_n$

$day$ $month$ $year$ г.

Печать врача