

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ**

на проведение медицинского вмешательства
(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от
21.11.2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации»)

Мне, _____

_____, _____ года
рождения, зарегистрированному (-ой) по
адресу _____, разъяснены
сведения о состоянии моего здоровья и
необходимый и подлежащий выполнению в
связи с этим объем диагностических и
лечебных манипуляций.

Я доверяю лечащему врачу, лицу,
выполняющему обязанности лечащего врача, а
также среднему медицинскому персоналу
медицинского центра АББ выполнение
необходимых и показанных мне /

_____ /
*(подчеркнуть или зачеркнуть) / (указать степень родства и
вписать имя ребёнка)*

Подписывая данное Информированное
добровольное согласие, я даю лечащему врачу,
лицу, выполняющему обязанности лечащего
врача, а также среднему медицинскому
персоналу добровольное согласие выполнению
необходимых и показанных мне медицинских
манипуляций и вмешательств, в том числе:

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса пациента совокупности сведений о пациенте и его заболевании выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов лечения и профилактики, проведение дотестового и послетестового консультирования в соответствии с методическими рекомендациями МР 3.1.5.0076/1-13;
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста (посредством ростомера), веса

**VOLUNTARY INFORMED CONSENT
for carrying out of medical intervention**

(according to articles 20 and 22 of Federal Law No. 323-ФЗ
dated 21.11.2011

"On Fundamental Healthcare Principles in the Russian
Federation")

I,

_____, born on _____, registered at
the address: _____,

clearly understand the information provided to me
on my health condition and on diagnostic and
treatment manipulations which are necessary and
which will be carried out in connection with my
condition.

I trust the attending physician, the person
who is taking duty of the attending physician, and
the nurses of **АББ medical center** carrying out of

_____ necessary and indicated to me
*(please underline or cross out) / (please indicate relationship
degree and fill in the child's name)*

Signing the Voluntary Informed Consent I
thereby give my voluntary consent to the attending
physician, the person who is taking duty of the
attending physician, and the nurses for carrying out
of necessary and indicated to me medical
manipulations and interventions, including:
history taking (interview, including identification of
complaints), which is history taking using a method
of interview of the patient with collection of
information on the patient and his/her disease,
identification of duration of the disease, acuteness of
its onset, localization, prevalence of the process,
symptoms of the disease, family anamnesis,
professional occupation, previous treatment for the
purpose of making the diagnosis, disease prognosis,
selection of optimum methods of treatment and
prevention, carrying out of pre-test and post-test
consulting in accordance with methodic
recommendations MR 3.1.5. 0076/1-13;

Carrying out of anthropometric examinations, being
assessment of physical development parameters for
the purpose of assessment of functional condition of
the organism: determination of height (by means of
height meter), weight (by means of weighing using
medical balance), some functional signs – chest
circumference (by means of measuring tape), vital
capacity of lungs (by means of inspirations and

(посредством взвешивания на медицинских весах), некоторых функциональных признаков – окружности грудной клетки (посредством сантиметровой ленты), жизненной емкости легких (посредством совершения вдохов и выдохов в специальный прибор), мышечной силы кистей и мышц разгибателей спины, определение окружности плеча, предплечья, бедра, голени живота, шеи и диаметра грудной клетки, передне-заднего ее размера, диаметра таза и т. д.;

- выполнение процедур медицинского массажа, т. е. целенаправленного равномерного механического раздражения участков тела пациента, осуществляемого посредством приемов, выполняемых с помощью рук массажиста, либо применения медицинской аппаратуры в профилактических (для общего укрепления организма), косметических (для достижения эстетического эффекта) и лечебных целях (в качестве самостоятельного метода лечения либо в сочетании с другими методами лечения).
- проведение лечебной физкультуры (метода лечения, состоящего в использовании движения как основной биологической функции организма человека).

Мне известно, что выполнение показанных мне медицинских вмешательств необходимо с целью уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья, определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.

Мне известно и понятно содержание, характер и цели выполнения показанных мне медицинских манипуляций, включая вышеперечисленные манипуляции и виды вмешательств. Мне известно и понятно, в чём именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на моё здоровье и наступление каких возможных последствий для моего здоровья в итоге оказания услуги является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе возможность возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур, развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), возникновению гематомы (кровоизлияния) в

expirations to special purpose device), muscular force of hands and muscles of back extensors, determination of arm, forearm, hip, anticonemion, abdomen, neck circumference and diameter of thorax, anterior-posterior dimensions, diameter of pelvis, etc.;

carrying out of medical massage procedures, that is purposeful uniform mechanical irritation of parts of the patient's body carried out by means of techniques, manually by the masseur, or application of medical equipment for prevention (for general improvement of the organism), cosmetic (for achievement of aesthetic effect) and medical purposes (as an independent method of treatment or in combination with other methods of treatment).

Carrying out of physiotherapy exercises (method of treatment based on use of movement as a basic biological function of human body).

It was explained to me that carrying out of medical interventions indicated to me is necessary for the purpose of clarification of the diagnosis, assessment of condition of my health, determination of further course of treatment and forecast of disease course, and for the purpose of treatment plan realization.

It was explained to me and I understand the content, character, and purposes of carrying out of the medical manipulations indicated to me, including manipulations stated above and kinds of interventions. I know and I understand what the character of influence on my health in the course of rendering of medical service will be and what possible consequences for my health can be admissible with coverage of both expected desirable and possible undesirable side or concomitant effects, and possible complications, including possibility of unpleasant and (or) painful sensations during and after the procedures, development of individual intolerance to medical products, allergic reaction (occurrence of skin stains, eruptions, edema of soft tissues, anaphylactic shock), occurrence of hematoma (hemorrhage) in a place of injection causing unpleasant sensations in the area of injection, erosion in a place of an injection, toxic reaction to anesthetic substances (nausea, vomiting, giddiness, headaches, short-term loss of consciousness, coordination disturbances), hysterical reaction, development of long-term numbness in the area of injection, caused by a contact between the

месте инъекции, обуславливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, развития кровотечения, тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

Мне известно, что в процессе оказания медицинской услуги мне может потребоваться выполнением манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии. При возникновении таких обстоятельств и объективной невозможности получения моего согласия на выполнение таких вмешательств (в случае необходимости экстренного медицинского вмешательства для предупреждения наступления неблагоприятных последствий для моего здоровья) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

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

Мне известно и понятно, что отказ от выполнения показанных мне медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги.

Я даю согласие на передачу информации о состоянии моего здоровья / состоянии

preparation and the nerve, hypertension, syncope, collapse, convulsive conditions, development of bleeding, clottage, embolism, inflammatory process, exacerbation of accompanying diseases, fluctuations of arterial pressure, mechanical damage of the organ, inflammation of internal wall of the vein with its subsequent clottage, infection penetration and possibility of development of adverse life prognosis.

I know that in the course of rendering of medical service to me it may become necessary to perform manipulations and interventions which were not specified in the present Voluntary Informed Consent. In case of occurrence of such circumstances and objective impossibility of obtainment of my consent to carry out such interventions (in case of need an emergency medical intervention for prevention of adverse consequences for my health) I agree that such intervention will be carried out under the decision of a council of physicians.

It was also explained to me that I have the right to refuse one or several kinds of the above-stated medical interventions, or to require (their) its termination, except for the cases provided by part 9 of article 20 of the Federal Law No. 323-FZ dated November 21, 2011

"On Fundamental Healthcare Principles in the Russian Federation".

It was explained to me and it is clear to me that refusal from carrying out of the medical interventions indicated to me results in impossibility of timely obtainment by the attending physician of the objective diagnostic information, identification of pathological process, assessment of a degree of risk of development of this or that disease, determination of treatment tactics which in aggregate can result in refusal of rendering of medical service.

I hereby give my consent to provision of information on my health condition and on health condition of a person whose legal representative I am

(surname, name, patronymic of a person who can receive information on the state of health of the patient)

здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

(фамилия, имя, отчество лица, которому могут быть переданы сведения о состоянии здоровья пациента)

При подписании настоящего Информированного добровольного согласия Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна.

Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, принял решение получить медицинскую услугу на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе обследования и лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги

_____ (_____)

« » 20 г.
подпись Пациента (законного представителя)
дата подписи

_____ (_____)

« » 20 г.
подпись медицинского работника
дата подписи

When signing of this Voluntary Informed Consent the Patient (legal representative) knows and understands the above-stated information.

The patient (legal representative) has received complete information on alternative treatment methods, he/she has made a decision to receive this medical service on the above-stated conditions and thus trusts the doctor to make all necessary decisions and carry out any medical actions during the period of examination and treatment for the purpose of achievement of the best possible result and improvement of the Patient's condition.

The Patient (legal representative) has no questions because he/she clearly understands the essence of the medical service provided.

_____ (_____)

" " _____ 20 .
signature of the Patient (legal representative)
date of execution

_____ (_____)

" " _____ 20 .
signature of medical officer
date of execution