

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ООО «КИРМ»)**

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01021-66/00338914 от 21.09.2018, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения
ИНН: 6658507009, ОГРН: 1176658096383
Адрес: 620000, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина, строение 3, оф. 503

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство**

Свердловская обл.,
г. Екатеринбург

Я, _____ Тест Тест Тест, 01.03.1995

паспорт _____ Паспорт гражданина РФ, серия: 77 77, № 7777777, выдан: 01.01.2005 г., УВД такой-то, № подр.: 666-666

адрес _____ 620014, Свердловская обл, г Екатеринбург, ул Бориса Ельцина, стр. 3

телефон _____ 89999998874

Настоящим информированным добровольным согласием даю свое добровольное согласие на проведение мне следующих медицинских процедур/манипуляций (отметить нужно):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> - введение имплантата «Импланон» | <input type="checkbox"/> - удаление кондилом наружных половых органов |
| <input type="checkbox"/> - удаление импланта «Импланон» | <input type="checkbox"/> - вульвоскопия |
| <input type="checkbox"/> - пайпель-биопсия эндометрия | <input type="checkbox"/> - вагиноскопия |
| <input type="checkbox"/> - введение внутриматочной спирали | <input type="checkbox"/> - введение word-катетера |
| <input type="checkbox"/> - удаление внутриматочной спирали | <input type="checkbox"/> - удаление word-катетера |
| <input type="checkbox"/> - кольпоскопия | <input type="checkbox"/> - биопсия шейки матки |
| <input type="checkbox"/> - пункция молочной железы | <input type="checkbox"/> - петлевая электроэксцизия шейки матки |
| <input type="checkbox"/> - электрокоагуляция шейки матки | <input type="checkbox"/> - рассечение синехий половых губ |
| <input type="checkbox"/> - удаление полипа шейки матки и/или влагалища | |

Настоящее информированное добровольное согласие составлено на 2 (двух) листах.

Я получила полную информацию от медицинского работника ООО «КИРМ» о характере предстоящей медицинской процедуры/манипуляции и подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.

Я получила информацию от медицинского работника ООО «КИРМ» о характере и последствиях заболевания (патологии/осложнения), осведомлена об альтернативных методах лечения и диагностики.

Мне разъяснено о наличии риска возникновения следующих осложнений (побочных эффектах), связанных с избранной медицинской процедурой/манипуляцией:

• кольпоскопия, вульвоскопия, вагиноскопия:

развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение;

• биопсия шейки матки, петлевая электроэксцизия шейки матки, электрокоагуляция шейки матки, удаление полипа шейки матки или влагалища, рассечение синехий половых губ, удаление кондилом наружных половых органов радиоволновым методом:

развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, развитие воспалительных осложнений (цервицит, эндометрит, аднексит, перитонит), инфекция, термические повреждения;

• пайпель-биопсия эндометрия, удаление внутриматочной спирали, введение внутриматочной спирали: развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, развитие воспалительных осложнений

(цервицит, эндометрит, аднексит, перитонит), инфекция, перфорация стенки матки и соседних органов, формирование ложного хода;

• введение внутриматочной спирали:
спонтанная экспульсия внутриматочной спирали;

• введение/удаление имплантата «Импланон»:
развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, возникновение подкожной гематомы, отека, смещение имплантата, в том числе заболевания кожи, иные осложнения, указанные в инструкции производителя;

• пункция молочной железы:
развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, возникновение гематомы, отека, воспалительные реакции, инфекция;

• введение word-катетера:
развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, отек, развитие воспалительных осложнений (цервицит, эндометрит, аднексит, перитонит), инфекция, спонтанная экспульсия катетера;

• удаление word-катетера:
развитие аллергической реакции, болевой синдром, кровотечение, развитие воспалительных осложнений (цервицит, эндометрит, аднексит, перитонит), инфекция.

Я понимаю, что возникновение указанных осложнений зависит от индивидуальных особенностей моего организма, сопутствующих заболеваний, стадии патологического процесса, клинической ситуации. Мне известно, что для проведения медицинской процедуры/манипуляции может потребоваться введение мне в организм лекарственного средства (антибиотика) и/или препарата для общей/местной анестезии. Настоящим информированным добровольным согласием я добровольно даю свое согласие на введение мне лекарственного средства (антибиотика) и/или препарата для общей/местной анестезии, за исключением:

(указать какие, если имеются ограничения)

Мне известно о наличии риска возникновения следующих осложнений (побочных эффектах), связанных с введением в организм лекарственного средства (антибиотика) и/или препарата для общей/местной анестезии: аллергические реакции (от легких форм проявления до анафилактического шока), дыхательная недостаточность, нарушение кровообращения, чрезмерное угнетение центральной нервной системы, рвота.

Подтверждаю, что в ходе консультации с лечащим врачом ООО «КИРМ» мною были сообщены все известные сведения о состоянии моего здоровья, а также об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, об иных инфекциях, передаваемых половым путем.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере и порядке указанной медицинской процедуры/манипуляции.

Я подтверждаю, что ознакомлена о правилах предоставления согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну и персональные данные. В случае возникновения необходимости даю свое согласие ООО «КИРМ» предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну и персональные данные моим доверенным лицам (при отсутствии таких лиц ставится прочерк):

1) Ф.И.О:

_____ ,
приходящийся
Пациентке _____

номер телефона, адрес электронной почты: _____

2) Ф.И.О:

_____ ,
приходящийся
Пациентке _____

номер телефона, адрес электронной почты: _____

Мне известно, что без моего дополнительного согласия может быть осуществлено медицинское вмешательство по экстренным показаниям для устранения угрозы моей жизни и/или моему здоровью; и даю свое согласие медицинскому работнику ООО «КИРМ» привлекать при таких обстоятельствах необходимых медицинских специалистов для осуществления медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что внимательно ознакомилась с предоставленной мне информацией касательно указанной медицинской процедуры/манипуляции.

Я получила от сотрудников ООО «КИРМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю при этом свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ООО «КИРМ», а также подтверждаю, что готова их оплатить.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

Я подтверждаю, что до меня доведена полная информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, в том числе в ООО «КИРМ».

Мне известно о своем праве отозвать настоящее информированное добровольное согласие. В таком случае обязуюсь оформить отказ письменно в индивидуальной карте пациентки.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в том числе документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в том числе документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Женщина	_____ / _____
	(подпись) (Ф. И. О.)
Мед. работник	_____ / _____
	(подпись) (Ф. И. О.)