



**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и
иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской
Федерации**

**Информированное добровольное согласие пациента
на обследование и лечение**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия имя отчество)

проживающий по адресу _____

(адрес регистрации)

на основании Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю свое согласие на обследование и лечение в условиях ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России, в том числе: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, врачей специалистов, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), забор крови из пальца\из вены, забор биопсийного материала, лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования, хранение и использование в исследовательских целях образцов биологического материала; функциональные методы обследования (рентгенография); ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно .

Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

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 и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне в доступной форме разъяснена суть применяемых методов диагностики и лечения. Я согласен(на) на то, что количество и состав процедур будет определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

Я предупрежден(а) о возможности развития побочных реакций, носящих характер аллергических (индивидуальная непереносимость лекарственных средств), инфекционных осложнений (вторичные воспалительные реакции) и иных.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, результатах исследований:

- членам семьи

_____ (указать)

- иному лицу

_____ (указать)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я, _____, ознакомлен (а) и согласен (а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

(дата)

Контактный(е) телефон(ы) _____

Электронный адрес _____

Подпись пациента _____

Пациент расписался в моем присутствии.

Подпись медицинского работника _____ / _____ /