

**Общее информированное согласие на обследование и стационарное лечение в  
РГП на ПХВ "Центральный клинический госпиталь для ветеранов Отечественной войны" МЗ РК**

Я:пациент  мой подопечный (Ф.И.О.): \_\_\_\_\_

с датой рождения (чч/мм/гг): 21.01.1961

проживающий(ая): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ГОРОД РЕСПУБЛИКА ШЫМКЕНТ, РАЙОН ВНЕ ГРАНИ ГОРОДА АВАЙСКИЙ, УЛИЦА Северо-запад, ДОМ \_\_\_\_\_

в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" информирован(а) о  своем состоянии ( состоянии ребенка  подопечного) о необходимости госпитализации, обследования и лечения и даю добровольное согласие на госпитализацию в отделение {Отделение пациента}

РГП на ПХВ "Центральный клинический госпиталь для ветеранов Отечественной войны" МЗ РК (далее -Больница).

1. Я уведомлен(а) о том, что, находясь в Больнице, сам(а) несу полную ответственность за сохранность своих ценных вещей.  
2. Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги сверх гарантированного объема медицинской помощи государством предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников.

2. Я сообщаю о том, что у  меня \_\_\_\_\_

Нет аллергии

Есть аллергия на: \_\_\_\_\_

*(указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)*

4. Я даю добровольное согласие на проведение, в случае необходимости, следующих процедур и манипуляций:

<b>1. Введение лекарственных средств (подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и так далее)</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>2. Физиотерапевтические процедуры (прогревания и так далее)</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>3. Все инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование какого-либо органа, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие)</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>4. Исследования для диагностики (Общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ, чувствительность к антибиотикам и другие)</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>5. Наложение повязок различного рода</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>6. Присутствие резидентов, студентов, интернов и курсантов, а также сотрудников Больницы в процессе лечения и обследования</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>7. Использование технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото-, видеоаппаратуры для фиксации происходящих действий, событий, фактов для представления объективной действительности</b>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

5. При каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции / процедуры (укажите процедуры, если вы против их выполнения): \_\_\_\_\_

6. Я знаю о том, что мое обследование и лечение в Больнице координируется моим лечащим врачом.

7. Мне в доступной форме разъяснена цель госпитализации и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования/лечения и госпитализации.

8. Мне в полном объеме была дана информация о преимуществах и недостатках и рисках данной процедуры/данного лечения.

9. Я знаю о праве отказаться от госпитализации, от пребывания в стационаре, обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.

10. В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом.

11. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на фиксацию по назначению моего лечащего врача, с последующим информированием меня об этом.

12. Я проинформирован(а) обо всех возможных проблемах, связанных с моим выздоровлением.

13. Я могу отказаться от пребывания в стационаре, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

14. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

15. Я понимаю, что в настоящий момент Больнице не может дать точную информацию о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую для этого квалификацию и опыт.

16. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы, и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего обследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан. Мне объяснены ожидаемые результаты предстоящей процедуры/лечения.

17. Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (моего ребенка, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, оперативных вмешательствах, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний, а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

18. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима в Больнице, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.

19. Информацию о состоянии моего (ребенка) здоровья, результатах обследования и лечения я разрешаю сообщать следующим лицам:

Имя и фамилия лица, которому разрешается сообщать о ходе лечения	Родство/отношение	Телефоны

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а), понял(а) все вышеизложенное:

**Пациент/ представитель (Ф.И.О., подпись):** \_\_\_\_\_

**Дата и время заполнения:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_ г. \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин.

**Врач (Ф.И.О., подпись):** \_\_\_\_\_

**Дата и время заполнения:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_ г. \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин.

*Примечание: Ответственность за правильность заполнения информированного согласия несет пациент/представитель и врач.*