

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт»
(ООО «Стом-Дарт»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на проведение диагностических и лечебных манипуляций**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ «__» _____ г. р.
(фамилия, имя, отчество пациента) (дата рождения)

полностью соглашаюсь с тем, что проведение диагностических и лечебных манипуляций в ООО «Стом-Дарт» будет проводить медицинский работник: _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Мне сообщена в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: мне даны разъяснения о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах и сроках оказания медицинской помощи.

Настоящим я удостоверяю, что доверяю лечащему Врачу проведение диагностических или лечебных манипуляций.

Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о сути и возможных осложнениях данных медицинских мероприятий, а также о возможных альтернативных вариантах лечения (обследования).

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость дополнительного вмешательства или исследования, о чем меня уведомит врач.

Я доверяю лечащему врачу принять решение по дальнейшей тактике лечения в случае необходимости.

Меня проинформировали:

- что местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;

- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;

Я проинформировал/а врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

Я даю согласие что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)