

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **аутогемотерапии** по назначению врача, в **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Приорит»** Медицинским работником, в доступной для меня форме мне разъяснено: цели оказания медицинской помощи: улучшение общего состояния, уменьшение количества высыпаний на коже, уменьшение или исчезновение фурункулов на коже и слизистых, укрепление иммунитета, уменьшение аллергологического ответа организма _____ (иное указать). Методы оказания медицинской помощи: Мне разъяснено, что аутогемотерапия представляет собой терапевтический метод, заключающийся во взятии венозной крови с последующим внутримышечным введением собственной цельной крови. Мне разъяснено, что в основе метода лежит использование собственной цельной крови пациента. Мне разъяснено, что аутогемотерапия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию, при проведении аутогемотерапии не требуется местное обезболивание. Мне разъяснено, что перед аутогемотерапией надо не употреблять жирную пищу. Мне разъяснено, что аутогемотерапия осуществляется следующим образом- аутогемотерапия проводится в специально оборудованном процедурном кабинете, производится забор крови у пациента, после чего медицинский работник вводит цельную кровь внутримышечно, в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы.

Связанный с методами риск: Мне разъяснено, что противопоказаниями к аутогемотерапии являются: нарушения в системе свертываемости крови; острые инфекционные заболевания; сепсис; онкология любой стадии; аутоиммунные заболевания.

Мне разъяснено, что аутогемотерапия является относительно безопасной процедурой. Риск побочных явлений минимален, поскольку используется собственная кровь пациента. В зависимости от целей терапии требуется от 2 до 10 мл крови, такая потеря крови является незначительной, не влияет на функционирование организма и не требует восстановительного периода.

Мне разъяснено, что при аутогемотерапии возможно возникновение нежелательных реакций и осложнений: отечность и покраснение кожи, небольшие гематомы в местах введения, покраснение кожи (гиперемия), постинъекционный абсцесс, личная неудовлетворенность результатом.

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом аутогемотерапии является улучшение общего состояния пациента, нормализация сна, очищение кожи, уменьшение количества или полное исчезновение фурункулов, снижение или исчезновение явлений астении, улучшение качества жизни пациента. (иное указать)

Мне разъяснено, что после проведения аутогемотерапии рекомендуется не тереть места инъекций. (иное указать).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или 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".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО медицинского работника) (подпись)