

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: лабораторные исследования

1. Я, _____, _____ года рождения,
проживающий (-ая) по адресу: _____
место работы: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения): _____

настоящим подтверждаю, что добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства по забору биологического материала и выполнения лабораторного исследования на:

2. Я информирован(а) о том, что для получения достоверного результата мне (представляемому) необходимо правильно подготовиться и/или самостоятельно забрать биоматериал. Мне разъяснены правила подготовки к предстоящему исследованию и правила сбора биологического материала, а также цель, условия и порядок проведения медицинского вмешательства по забору биологического материала и сроки выполнения лабораторного исследования.
- 2.1. Я предупрежден(а) о диагностических возможностях лабораторного исследования, в том числе о том, что при высокой информативности исследования оно не обладает 100% точностью. **Я понимаю и согласен(а), что результаты проведенного лабораторного исследования диагнозом не является, требуется консультация специалиста.**
3. Я проинформирован(а) о противопоказаниях к предстоящему медицинскому вмешательству. **Подписанием настоящего документа я заверяю об отсутствии у меня (представляемого) таких противопоказаний.**
4. Мне известно об альтернативе: непроведение медицинского вмешательства. Мне известно о возможных негативных последствиях отказа от медицинского вмешательства или частичного его выполнения, а именно: невозможность диагностирования состояния здоровья пациента.
5. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Мне понятно, что существует риск возникновения осложнений. Настоящим я доверяю медицинским работникам изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в соответствии с клинической ситуацией, их опытом, навыками, знаниями.
6. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.
7. Я ознакомлен (а) с тем, что в срок выполнения исследования может быть увеличен в случае положительного или сомнительного результата исследования и в случае возникновения необходимости проведения подтверждающего тестирования (верификации).
8. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.
9. Я подтверждаю свое ознакомление с тем, что при получении положительного результата исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот (метод ПЦР диагностики), информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
10. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке.
11. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 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, в том числе после смерти

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи я принимаю решение приступить к медицинскому вмешательству на предложенных условиях.

Настоящим я подтверждаю, что проинформирован(а), что коронавирус- COVID-19 внесен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 года № 66). Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с Российским законодательством за распространение болезней из этого списка предусмотрена ответственность, в том числе уголовная ст. 236, ст. 237 УК РФ.

Мне разъяснены и понятны меры предосторожности от заражения вирусом SARS-CoV2.

Я, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27.03.2021 N 452, даю свое согласие ООО «Клинико-диагностическая лаборатория Садко» (ОГРН 1175275046264, адрес: 603057, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д.29) на передачу сведений, содержащих врачебную тайну, а именно: информации о результатах исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР диагностики, а также моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	Должность, ФИО, подпись мед.работника