

Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах, оказании первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи

Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

_____ (полностью фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

находясь в пункте приема и забора биоматериала _____

_____ (наименование медицинской организации)

даю свое согласие (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

_____ (полностью фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

на проведение следующих процедур (отметить нужные пункты галочкой):

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| – Забор биоматериалов (крови, мазков и т.п.) на лабораторные исследования | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| – Исследование приносных биоматериалов (мочи, кала и т.п.) | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| – Проведение лечебно-диагностических мероприятий | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |

а также подтверждаю следующие контактные данные:

- Номер телефона для отправки sms- уведомлений _____
- Адрес эл. почты для отправки результатов исследований (при необходимости) _____

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства/лечебно- диагностического мероприятия, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства/лечебно-диагностического мероприятия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью, в том числе болезненности, кровоточивости и гематомы. В таком случае я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение выше указанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача/медицинских работников обо всех проблемах и особенностях, связанных с моим здоровьем (со здоровьем и состоянием лица, законным представителем которого я являюсь), которые могут оказать влияние на достоверность результатов исследований (отметить нужные пункты галочкой):

- беременность (срок _____ недель);
- наследственность;
- аллергические проявления;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;
- потребление табачных изделий;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление наркотическими средствами;
- перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;
- экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лицо, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;
- принимаемые лекарственные средства.

Подробное описание указанных выше проблем и особенностей, а также нарушенные правила подготовки к лечебно-диагностическим мероприятиям/исследованиям: _____

3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с заказанными мною (лица, законным представителем которого я являюсь) лечебно-диагностическими мероприятиями/исследованиями, перечисленными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

5. Я присоединяюсь и согласен(на) с условиями Публичного договора, размещенного в пунктах приема и забора биоматериала и/или на сайте www.kdlolymp.kz, в том числе подтверждаю, что выполнил(а) все правила подготовки к лечебно-диагностическим мероприятиям/лабораторным исследованиям (за исключением правил, перечисленных мною в п.2 настоящего документа). При обследовании на ВИЧ-инфекцию: также я подтверждаю получение мной информации относящейся к дотестовому консультированию.

6. Настоящим подтверждаю, что даю согласие на сбор и обработку персональных данных, в том числе представление сведений о состоянии здоровья, для формирования электронных информационных ресурсов.

7. Я информирован(а) о возможном проведении фото- и видеосъемки в целях обеспечения безопасности.

8. Любую информацию о результатах заказанных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) диагностических мероприятий/лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. _____ Степень родства _____ ИИН _____

Ф.И.О. _____ Степень родства _____ ИИН _____

9. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

« _____ » _____ 20 _____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Ф.И.О. и подпись лица, регистрирующего заявку _____

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства, оказание первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к медицинским процедурам и их прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.

Инвазиялық араласулар, алғашқы дәрігерге дейінгі және медико-санитарлық көмек көрсету, білікті медициналық көмек көрсету кезінде пациенттің ерікті түрдегі жазбаша келісімі

Мен, (астын сызу): пациент/заңды өкілі:

(пациенттің/заңды өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

биоматериалды қабылдау және алу пунктінде бола отырып, маған/мен заңды өкілі болып табылатын адамға (медициналық ұйымның атауы)

(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), туған күні)

келесі емшараларды (астын сызу) жүргізуге өзімнің келісімді беремін (қажетті тармақтарды қанат белгісімен белгілеу):

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - Зертханалық зерттеуге биоматериалдар (қан, жағындылар және т.б.) алу | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |
| - Әкелінген биоматериалдарды (несеп, нәжіс және т.б.) зерттеу | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |
| - Емдеу-диагностикалық іс-шаралар өткізу | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |
- сондай-ақ келесі байланыс деректерін растаймын:
- | | |
|--|-------|
| - Sms-хабарламалар жіберу үшін терефон нөмірі | _____ |
| - Зерттеулердің нәтижелерін жіберу үшін эл.пошта мекенжайы (қажет болған жағдайда) | _____ |

1. Мен жоспарланған инвазиялық араласудың/емдеу-диагностикалық іс-шараның мақсаты, сипаты, қолайсыз әсерлері жөнінде хабардар етілдім, барлық дайындық және сүйемелдеуші ықтимал анестезиологиялық іс-шаралармен, сондай-ақ қажетті жанама араласулармен келісемін. Маған инвазиялық араласу/емдеу-диагностикалық іс-шара кезінде күтпеген жағдайлар, қауіптер және асқынулар туындауы мүмкін екені туралы ескерілді және бұл жүрек-қан тамырлар, жүйке, тыныс алу және басқа ағзаның тіршілік әрекеті жүйелері жағынан бұзылыстарға, соның ішінде аурушаңдыққа, қанауға бейімділікке, қанды ісікке алып келуі мүмкін екенін, бұл денсаулыққа қасақана емес зиян келтіру емес екенін түсінемін. Мұндай жағдайда, мен дәрігердің/медициналық қызметкерлердің жоғарыда көрсетілген асқынуларды жоюға бағытталған барынша ықтимал емдеу әдістерін қолдануына келісім беремін.

2. Мен өзімнің денсаулығым (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның денсаулығына және жай-күйіне) байланысты зерттеу нәтижелерінің нақтылығына әсер ету мүмкін барлық проблемалар және ерекшеліктер туралы (қажетті тармақтарды қанат белгісімен белгілеу):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | жүктілік (мерзімі _____ апта); |
| <input type="checkbox"/> | тұқымқуалаушылық; |
| <input type="checkbox"/> | аллергиялық көріністер; |
| <input type="checkbox"/> | дәрілік препараттар және азық-түлік тағамдарын жеке көтере алмаушылық; |
| <input type="checkbox"/> | темекі заттарын тұтыну; |
| <input type="checkbox"/> | алкогольді шектен тыс тұтыну; |
| <input type="checkbox"/> | есірткі заттарын шектен тыс тұтыну; |
| <input type="checkbox"/> | жарақаттар, операциялар, сырқаттар, анестезиологиялық құралдар; |
| <input type="checkbox"/> | тіршілік ету кезінде маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға) әсер етуші физикалық, химиялық немесе биологиялық жаратылыстағы экологиялық және өндірістік факторлар; |
| <input type="checkbox"/> | қолданып жатқан дәрілік заттар туралы дәрігерді / медициналық қызметкерлерді хабардар етемін. |

Жоғарыда көрсетілген проблемалар мен ерекшеліктердің, сондай-ақ емдеу-диагностикалық іс-шаралар/зерттеулерге дайындықтың бұзылған ережесінің егжей-тегжейлі сипаттамасы: _____

3. Дәрігерден жолдама болмаған жағдайда, жолдама-чекте көрсетілген, мен (мен заңды өкілі болып табылатын тұлға) тапсырыс берген емдеу-диагностикалық іс-шараларға/зерттеулерге келісетінімді растаймын және оларды тағайындау негізділігі бойынша наразылық білдірмеймін.

4. Менің дәрігерге/медициналық қызметкерлерге кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндігім болды және барлық сұрақтарға барынша толық жауап алдым.

5. Мен биоматериалды қабылдау және алу пункттерінде және/немесе www.kdolymp.kz сайтында орналастырылған Жария шарттарының барлық талаптарына қосыламын және келісемін, соның ішінде емдеу-диагностикалық іс-шараларға/зертханалық зерттеулерге (осы құжаттың 2-т. мен көрсеткен ережелерді бұзуды қоспағанда) дайындықтың барлық ережелерін орындағанымды растаймын. АИТВ-инфекциясына тексерілгенде: сондай-ақ мен тестке дейінгі кеңес беруге қатысты ақпаратты алғанымды растаймын.

6. Осымен электрондық ақпараттық ресурстарды қалыптастыру үшін дербес деректерді жинауға және өңдеуге, соның ішінде денсаулық жағдайы туралы мәліметтер ұсынуға келісім беретінімді растаймын.

7. Қауіпсіздікті қамтамасыз ету мақсатында фото- мен бейнелерді түсіру мүмкіндігі туралы мен хабардар етілдім.

8. Менің (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның) зертханалық зерттеулер нәтижелері туралы кез келген ақпаратты келесі тұлғаларға хабарлауға рұқсат беремін:

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____ ЖСН _____

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____ ЖСН _____

9. Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

20 _____ жылғы «_____» _____ Пациенттің/заңды өкілінің қолы _____

Өтінімді тіркеуші тұлғаның Т.А.Ә. және қолы _____

Ескертпе:

- Инвазиялық араласулар – ағзаның табиғи сыртқы барьерлері (тері, шырышты қабықтар) арқылы өтуге байланысты медициналық емшаралар (егу, диагностикалық емшара, хирургиялық операция және тағы басқа).
- Медицина қызметкерлері өмірлік көрсетілмдер бойынша медициналық емшараларға кірісіп кеткенде және оларды тоқтату немесе қайтару пациент өміріне және денсаулығына қауіп төнетіндігіне байланысты жағдайларды қоспағанда инвазиялық араласуларды, алғашқы дәрігерге дейінгі және медико-санитарлық көмек көрсету, білікті медициналық көмек көрсету жүргізуге келісімді тоқтатуға болады.