

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ

ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая): _____

поставлен (поставлена) в известность, что я госпитализирован (госпитализирована) в отделение

_____ (указать название отделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или признанных недееспособными
Я _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения, место проживание)

Паспорт _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача: диагностических исследований, включая лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, проведение ультразвуковых исследований;

лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, физиотерапевтических процедур.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

- Я извещен (а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать; Я предупрежден(а), что за грубое нарушение режима могу быть досрочно выписан(а) из лечебно-профилактического учреждения.

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Я проинформирован (а) и ____ даю согласие на участие обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании мне медицинской помощи
Я СОГЛАСЕН / НЕ СОГЛАСЕН получать информацию о своем заболевании, прогнозе, методах обследования и лечения.

ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ РАЗРЕШАЮ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ:

ФИО _____

ФИО _____

Подпись пациента либо его доверенного лица _____

И.О. Фамилия

Дата _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Должность, И.О. Фамилия, Подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, принимает решение об оказании ребенку следующего вида медицинской помощи: _____

« ____ .» _____ 20 ____ года

Подпись пациента/законного
представителя

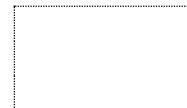


Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)



Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

“ ____ ” _____ 20 ____ года

Сведения о Вашем здоровье

Фамилия Имя Отчество _____, возраст _____

Данные сведения будут размещены в истории болезни и помогут лечащему врачу уточнить диагноз, составить эффективный план обследования и лечения, подобрать безопасную анестезию. По каждому пункту необходимо ответить Да или Нет. При ответе «Да» – поясните Ваш ответ.

Перенесенные заболевания (болели Вы раньше или болеете следующими заболеваниями? Нужно подчеркнуть. Если Вы выбираете категорию «другие», уточните, пожалуйста, какие именно)

Заболевания сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, порок сердца, аритмия, миокардит, сердечная недостаточность, наличие кардиостимулятора, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Сосудистые заболевания (повышенное или пониженное артериальное давление, инсульт (нарушение мозгового кровообращения), варикозная болезнь, другие). <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div> Тромбоз, тромбоз легочной артерии у Вас или близких родственников (мать, отец, братья, сестры). <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания легких и дыхательных путей (туберкулез, бронхиальная астма, эмфизема, хронический бронхит, саркаидоз, пневмония, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хр. гастрит, хр. холецистит, камни в желчном пузыре, хр. панкреатит, болезни кишечника, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания печени («желтуха», гепатит, цирроз, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Заболевания костей, суставов, позвоночника, мышечные заболевания или мышечная слабость (уточнить) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, тиреотоксикоз, гипотиреоз, другие). <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Сахарный диабет, уточнить тип диабета. Другие эндокринные заболевания (паращитовидных желез, гипофиза, надпочечников, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания почек (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, нефроптоз, почечная недостаточность, получаю гемодиализ, другое) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, «волчанка», склеродермия, антифосфолипидный синдром, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, рассеянный склероз, невриты, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Психические заболевания. Наблюдаетесь ли у психиатра? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Онкологические заболевания (уточнить локализацию, давность заболевания, проводимое лечение) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Заболевания крови и нарушения свертывания (анемия, лейкоз, лимфогранулематоз, лимфома, склонность к гематомам, кровотечениям, наследственные тромбофилии, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Заболевания глаз (глаукома, миопия, операции «на глазах», другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Болезни уха, горла, носа (тонзиллит, ринит, синусит, искривления носовой перегородки, отит, нарушения слуха, наличие слухового аппарата, другие) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Болезни кожи, уточнить какие <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	ВИЧ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Наследственные заболевания, уточнить какие <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Другие заболевания, уточнить <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>
Наблюдаетесь ли регулярно у каких-либо врачей узких специалистов (невролог, эндокринолог, кардиолог, офтальмолог, других)? Нужно подчеркнуть. <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>	Бывают ли у вас головокружение или потеря сознания или одышка или склонность к гематомам, носовые кровотечения? Нужно подчеркнуть. Как часто? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА</div>

Травмы (черепно-мозговые травмы, травмы таза, другие (уточнить вид и давность)

☐ НЕТ ☐ ДА

Переливали ли Вам кровь? Год _____

☐ НЕТ ☐ ДА

Были ли какие-либо осложнения

☐ НЕТ ☐ ДА

Какие? _____

Болели ли Вы за последний месяц острыми заболеваниями, обострением хронических заболеваний. Уточнить заболевание. Проводимое лечение.

☐ НЕТ ☐ ДА

Перенесенные операции

А. _____ год _____
Б. _____ год _____
В. _____ год _____

Были ли какие-либо осложнения

☐ НЕТ ☐ ДА

Какие? _____

Были ли осложнения при анестезии у Ваших родственников?

☐ НЕТ ☐ ДА

Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты. Нужно подчеркнуть:

– противовоспалительные (в том числе аспирин)
– антикоагулянты («разжижающие кровь»)
– гормональные (контрацептивы, глюкокортикоиды, гормоны щитовидной железы, препараты прогестерона, другие).
– инсулин или таблетированные сахароснижающие препараты
– препараты железа
– гипотензивные препараты
– снотворные, успокоительные, противосудорожные
Другие препараты

Были ли у Вас аллергические реакции: на лекарственные препараты?

☐ НЕТ ☐ ДА

Препарат _____

В чем выражалась?

Препарат _____

В чем выражалась?

Другие аллергические реакции: бытовая

пищевая аллергия (вид продукта: яйца, кофе, другое: _____)

Привычки:

Курите ли Вы регулярно? Стаж курения

☐ НЕТ ☐ ДА

Употребляете ли алкоголь? Как часто

☐ НЕТ ☐ ДА

Принимаете ли Вы наркотики? Какие?

☐ НЕТ ☐ ДА

Эпидемиологический анамнез:

Контактировали ли Вы в течение последних трех недель с больными кишечными инфекциями с рвотой, диареей (понос)?

☐ НЕТ ☐ ДА

Контактировали ли Вы в течение последних трех недель с инфекционными больными (ветряная оспа, краснуха, корь, скарлатина, эпид. паротит, грипп и т.п., а также больными с высокой температурой)? Нужно подчеркнуть.

☐ НЕТ ☐ ДА

Контактировали ли Вы за последние полгода с больными туберкулезом?

☐ НЕТ ☐ ДА

Выезжали ли за последние три недели за пределы России?

☐ НЕТ ☐ ДА

Экспертный анамнез:

Есть ли у Вас группа инвалидности? Если «ДА», то какая группа?

☐ НЕТ ☐ ДА

Есть ли у вас больничный лист? Передайте его, пожалуйста, лечащему врачу сразу же при поступлении в отделение.

☐ НЕТ ☐ ДА с какого числа?

Что бы Вы дополнительно хотели сообщить о состоянии вашего здоровья и привычках, которые мы могли бы учесть в период Вашей госпитализации.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента _____

Проверено и уточнено врачом приемного покоя:

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента _____

Правила внутреннего распорядка ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»

ФИО _____

- 1) Запрещено курить в учреждении и на территории ЛПУ.
- 2) Запрещено самостоятельно покидать отделение.

Предупреждена (подпись) _____

Медицинский персонал не несет ответственности за материальные ценности (деньги, мобильный телефон, и др.), документы

Предупреждена (подпись) _____

С правилами внутреннего распорядка
ознакомлена (подпись) _____

Дата _____

Информация для листка нетрудоспособности

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Место работы/учебы

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Должность _____

Эпидемиологический опросник

1. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
2. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19 или такой диагноз подозревается?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
3. Приходилось ли Вам обращаться за любой медицинской помощью в течение последние 14 дней? Если Да, то куда _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
4. Работаете ли\ Вы или ваши близкие родственники, с которыми вы проживаете совместно, с подтвержденными или подозрительными случаями по COVID-19?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
5. Был ли у Вас тесный контакт с лицом, у которого подтверждена пневмония, дыхательная недостаточность, сепсис, выявлена пневмония с характерными проявлениями 8 легких по данным компьютерной томографии и/или рентгенографии вне зависимости от эпидемиологического анамнеза?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

6. Отмечали ли Вы за последние 14 дней симптомы ОРВИ у себя лично?

<i>Повышение температуры тела выше 37,5 °С</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Одышка</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Боль или першение в горле</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Кашель</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Ощущение заложенности в грудной клетке</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Боли в мышцах</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Снижение обоняния и вкуса</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Насморк</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Конъюнктивит</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		

7. Имеются ли описанные ниже симптомы ОРВИ за последние 14 дней у лиц, с которыми Вы находитесь в тесном контакте (проживаете совместно)

<i>Повышение температуры тела выше 37,5 °С</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Одышка</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Боль или першение в горле</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Кашель</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Ощущение заложенности в грудной клетке</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Боли в мышцах</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Снижение обоняния и вкуса</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<i>Насморк</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
<i>Конъюнктивит</i>	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		

- ☐ Я информирован(а) о коронавирусной инфекции COVID-19, знаю пути распространения вируса, знаю меры и способы профилактики заражения, знаю основные симптомы заболевания.
- ☐ Я заполнил(а) данную анкету лично и без принуждения
- ☐ Я подтверждаю, что предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен(а) что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по ст. 19.7 КОАП РФ.
- ☐ Я предупрежден(а) о том, что за умышленное заражение инфекцией меня могут привлечь к уголовной ответственности по ст. 236 УК РФ.

Дата _____ Подпись _____
/ _____ /

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
(ФИО полностью)

Проживающий по адресу _____
(место регистрации)

Паспорт _____ выдан _____
(серия, номер, код подразделения) (дата)

_____ (Название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: ФИО, пол, дату моего рождения, адрес места жительства, проживания, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса медицинского страхования, СНИЛС, ИНН, сведения о наличии льгот, социальный статус, данные кадрового учета (образование, квалификация, должность и т.д.), сведения о заработной плате, контактные телефоны в целях осуществления кадрового учета.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включением в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (данных). Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передачу моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно (дата)

Подпись субъекта персональных данных _____