

Информированное согласие на комплекс диагностических мероприятий

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития России № 390н от 23.04.2012 года, Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.
2. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом старше 15 лет либо законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.
3. Диагностика - это комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоба пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных и инструментальных исследований с целью постановки диагноза, выбора мероприятий по лечению.

В целях постановки, уточнения диагноза, выбора мероприятий по лечению, специалисты педиатрической клиники «Фэнтези» (ООО «Детская Клиника») проводят:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в Анкету о здоровье, медицинскую карту с последующим подтверждением слов Пациента/Законного представителя своей подписью.
2. Осмотр, в том числе:
 - пальпация (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
 - перкуссия (метод медицинского обследования, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности);
 - аускультация (метод исследования функции внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений при помощи специального прибора – стетоскопа);
 - риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал (носовых расширителей) и носоглоточного зеркала);
 - фарингоскопия (метод визуального исследования глотки при помощи лобного осветителя/рефлектора);
 - непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани при помощи специального гортанного зеркала и лобного осветителя/рефлектора);
 - вагинальное исследование (при гинекологическом осмотре метод исследования органов малого таза женщины путем их пальпации через стенку влагалища с возможным применением специального зеркала);
 - пальцевое ректальное исследование (метод обследования с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих ее органов и тканей).
3. Антропометрические исследования (измерение тела и его частей, скелета, а также описание тела человека в целом и отдельных его частей (развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног, пигментация, волосистой покров, вторичные половые признаки и т.д.).
4. Термометрия (различные методы и способы измерения температуры тела человека).
5. Тонометрия (процедура измерения артериального давления при помощи специального аппарата - тонометра).
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций.
8. Исследования функций нервной системы путем различных проб и тестов (исследование устойчивости, равновесия, кинестетической чувствительности, мышечного тонуса, рефлексов и пр.).
9. Функциональные методы обследования:
 - электрокардиография (метод электрофизиологического исследования деятельности сердца в норме и патологии, основанный на регистрации и анализе электрической активности миокарда, распространяющейся по сердцу в течение сердечного цикла. Регистрация производится с помощью специальных приборов — электрокардиографов);
 - суточное мониторирование электрокардиограммы (метод непрерывной регистрации электрокардиограммы в течение 24 часов и более (48, 72 часа, иногда до 7 суток). Запись осуществляется при помощи специального портативного аппарата - рекордера (регистратора), который пациент носит с собой (на ремне через плечо или на поясе);
 - 10. Ультразвуковые исследования (распознавание патологических изменений органов и тканей организма с помощью ультразвука. Метод основан на принципе эхолокации — приеме сигналов посланных, а затем отраженных от поверхностей раздела тканей, обладающих различными акустическими свойствами).

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и являются неинвазивными, то есть:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями;
3. Не имеют рисков и противопоказаний для их применения.

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в педиатрической клинике «Фэнтези», я,

(ФИО, дата рождения)

даю согласие на их проведение мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь,

(ФИО пациента, дата рождения)

любым из специалистов педиатрической клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза, а также выбора мероприятий по лечению.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности:

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне в доступной форме разъяснены возможные последствия такого отказа.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемых мне услуг.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача и плана лечения.

Подпись пациента, законного представителя:

Подпись врача:

ФИО _____

ФИО _____

« _____ » 20 _____ г.

« _____ » 20 _____ г.