

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

Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

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

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

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

следующих процедур:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Забор венозной крови на лабораторное исследование | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| 2. Забор мазков/соскобов, мочи, кала и других сред на лабораторные исследования | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| 3. Лечебно-диагностические мероприятия | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства/лечебно-диагностических мероприятий, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими и другими медицинскими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства/лечебно-диагностических мероприятий 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 таком случае, я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача/медицинских работников клинко-диагностической лаборатории «КДЛ ОЛИМП» обо всех проблемах и особенностях, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь), которые могут оказать влияние на достоверность результатов исследований:

- 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.

3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) исследованиями, указанными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам клинко-диагностической лаборатории «КДЛ ОЛИМП», и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

5. Я присоединяюсь и согласен(на) с условиями Публичного договора, размещенного на информационных стендах и сайте www.kdlolymp.kz, в том числе выполнил(а) все правила подготовки к лабораторным исследованиям и лечебно-диагностическим мероприятиям.

6. Любую информацию о результатах моих (лица, законным представителем которого я являюсь) лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

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

« _____ » _____ 201__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Ф.И.О. и подпись регистратора (администратора) «КДЛ ОЛИМП» _____

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))

маған/мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға:

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

келесі емшараларды жүргізуге өзімнің келісімді беремін:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Зертханалық зерттеуге күре тамыр қанын алу | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |
| 2. Жағынды/қырынды алу, несеп, нәжіс және басқа орталарды зертханалық зерттемелерге алу | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |
| 3. Емдеу-диагностикалық іс-шаралар | <input type="checkbox"/> ИӘ | <input type="checkbox"/> ЖОҚ |

1. Мен жоспарланған инвазиялық араласулардың/емдеу-диагностикалық іс-шаралардың мақсаты, сипаты, қолайсыз әсерлері жөнінде хабардар етілдім, барлық дайындық және сүйемелдеуші ықтимал анестезиологиялық және басқа медициналық іс-шаралармен, сондай-ақ қажетті жанама араласулармен келісемін. Маған инвазиялық араласулар/емдеу-диагностикалық іс-шаралар 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 алып келу мүмкін екенін, бұл денсаулыққа қасақана емес зиян келтіру емес екенін түсінемін. Мұндай жағдайда, мен дәрігерлердің/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) байланысты зерттеу нәтижелерінің нақтылығына әсер ету мүмкін барлық проблемалар және ерекшектіліктер:

- жүктілік (мерзімі _____ апта);
- тұқым қуалаушылық;
- аллергиялық көріністер;
- дәрілік препараттар және азық-түлік тағамдарын жеке көтере алмаушылық;
- темекі заттарды тұтыну;
- алкогольді шектен тыс тұтыну;
- есірткі заттарын шектен тыс тұтыну;
- жарақаттар, операциялар, сырқаттар, анестезиологиялық құралдар;
- тіршілік ету кезінде маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға) әсер етуші физикалық, химиялық немесе биологиялық жаратылыстағы экологиялық және өндірістік факторлар;
- қолданып жатқан дәрілік заттар туралы дәрігерді/«ҚДЛ ОЛИМП» клиникалық-диагностикалық зертханасының медициналық қызметкерлерін хабардар етемін.

3. Дәрігерден жолдама болмаған жағдайда, жолдама-чекте көрсетілген, маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға) ұсынылған зерттеулерге келісетінімді растаймын және оларды тағайындау негізділігі бойынша наразылық білдірмеймін.

4. Менің дәрігерге/«ҚДЛ ОЛИМП» клиникалық-диагностикалық зертханасының медициналық қызметкеріне кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндігім болды және барлық сұрақтарға барынша толық жауап алдым.

5. Мен ақпараттық стендтерде және www.kdlolymp.kz сайтында орналастырылған жария шарттарының барлық талаптарына қосыламын және келісемін, соның ішінде зертханалық зерттеулерге және емдеу-диагностикалық іс-шараларға дайындықтың барлық ережелерін орындағанымды растаймын.

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

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____

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

201__ жылғы « _____ » _____ Пациенттің/заңды өкілінің қолы _____

«ҚДЛ ОЛИМП» тіркеушісінің (өкімшісінің) Т.А.Ә. және қолы _____

Ескертпе:

1. Инвазиялық араласулар – ағзаның табиғи сыртқы барьерлері (тері, шырышты қабықтар) арқылы өтуге байланысты медициналық емшаралар (егу, диагностикалық емшара, хирургиялық операция және тағы басқа).

2. 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.