

**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):

- жүктілік (мерзімі \_\_\_\_\_ апта);
- тұқым қуалаушылық;
- аллергиялық көріністер;
- дәрілік препараттар және азық-түлік тағамдарын жеке көтере алмаушылық;
- темекі заттарын 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/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.kdlolymp.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.

6. Менің (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның) зертханалық зерттеулер 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.

20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_. Пациенттің/заңды өкілінің қолы \_\_\_\_\_

Өтінімді тіркеуші тұлғаның 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 көрсетілімдер 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.

**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 на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

\_\_\_\_\_ (полностью фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)  
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 болезненность, кровоточивость и гематомы. 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 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 нарушенных правил 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.kdlolymr.kz](http://www.kdlolymr.kz), в том числе подтверждаю, что выполнил(а) все правила подготовки к лечебно-диагностическим мероприятиям/лабораторным исследованиям (за исключением нарушения правил, перечисленных мною в п. 2 настоящего документа).

6. 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 \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

7. 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.*