

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №1»**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие

Я, _____,
(Ф.И.О., полностью)

проживающая по адресу: _____,
(место регистрации)

В соответствии со ст. 19,20,22 Федерального закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в «Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012г №24082) (далее –Перечень), а так же специализированной медико-санитарной помощи,

1.1. полное клинико-лабораторное обследование, включающее гинекологический осмотр в зеркалах, взятие мазков, внутреннее акушерское исследование, УЗИ, доплерометрия, кардиотокография _____

1.2. внутримышечные инъекции _____

1.3. постановка внутривенного катетера _____

1.4. внутривенные инъекции (инфузионная терапия) _____

1.5. родовозбуждение с амниотомией _____

1.6. очистительная клизма _____

1.7. амниотомия (вскрытие плодного пузыря) _____

1.8. перинеотомия, эпизиотомия _____

1.9. проведение родоразрешающих операций (кесарево сечение, вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы) по акушерским показаниям с возможным расширением объема операции _____

1.10. ручное обследование полости матки _____

1.11. гемотрансфузия _____

1.12. плазмотрансфузия _____

1.13. антибактериальная терапия _____

1.14. родостимулирующая терапия в родах _____

1.15. осмотр мягких родовых путей при беременности, в родах и после родов _____

1.16. анестезиологическое пособие в родах _____

1.17. физиотерапевтические процедуры во-время беременности и в послеродовом периоде. _____

1.18. подготовка родовых путей к родам с применением препидил-геля и ламинарий _____

1.19. амниоскопия _____

1.20. выскабливание полости матки _____

1.21. наложение вторичных швов на промежность, переднюю брюшную стенку _____

1.22. проведение консультаций и анализ медицинской документации (история родов, история развития новорожденного) с привлечением сторонних специалистов _____

1.23. оказание реанимационных мероприятий новорожденному (интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, катетеризация пупочной вены и/или периферических вен, проведение инфузионной терапии) _____

1.24. клинико-лабораторное обследование новорожденного _____

2. Участие в лечебном процессе беременных, рожениц, родильниц и новорожденных представителей кафедр высших учебных заведений, имеющих базу на территории родильного дома _____

3. Медицинским сотрудникам в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федеральный закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

4. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

(Фамилия имя отчество гражданина, степень родства, контактный телефон)

5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не указанных в п.1. Я доверяю врачам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления (уточнения) диагноза, лечения и улучшения моего состояния и состояния моего ребенка.

6. Я предупреждена о необходимости выполнения рекомендаций врача по лечению и режиму, о последствиях действия и бездействия.

7. Я проинформирована о том, что все риски, связанные с медицинским вмешательством, относятся не только ко мне, но и к моему плоду и ребенку.

8. Я проинформирована о том, что в помещениях и на территории родильного дома, осуществляется видеонаблюдение, в том числе видеофиксация.

9. Содержание настоящего документа мной прочитано, оно мне полностью понятно.

Я подтверждаю, что имела время и возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы по поводу медицинского вмешательства и получила на них дополнительные удовлетворяющие меня разъяснения.

Мое согласие с проведением предложенного медицинского вмешательства является свободным и осознанным, что я и удостоверяю своей подписью.

(подпись)

(Ф.И.О. пациентки)

(подпись)

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника, должность)

« _____ » _____ 20_____ г.

(Дата оформления)