



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»
344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1ой Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (плазмаферез)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»,
паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

проживающий по адресу: _____

Телефон: _____
обратился в ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (Далее – «Центр») для проведения
плазмафереза

Мне, в соответствии ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о плазмаферезе.

Я проинформирован врачом о том, что плазмаферез - это метод очистки крови от токсинов, антител, патологических биоактивных веществ.

Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленными в Центре, и обязуюсь их соблюдать.

Я информирован о порядке и сроках получения медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке и сроки, установленные Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача Центра, клинико-лабораторных и диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, анализа мочи, электрокардиографии; рентгеновских, ультразвуковых исследований, осмотров и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, пункций, катетеризации периферических и центральных сосудов, мочевого пузыря.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах плазмафереза, альтернативных методах лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения; поставлен в известность о том, что врачом будет

Я извещен том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом Центра прием любых лекарственных средств.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я согласен на применение всех вводимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, назначений медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, полечь за собой невозможность ее завершения в срок.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время проведения плазмафереза могут возникнуть непредвиденные реакции и осложнения. В таком случае я согласен на то, что дальнейший план оказания медицинской услуги может быть изменен врачом Центра по его усмотрению. Я понимаю, что каждый человек индивидуален, имеет свои

Центр/Сагамонова К.Ю./

Пациент/...../

анатомические и физиологические особенности, и даже самый опытный врач не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата лечения.

Я поставил в известность врача Центра обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех ранее перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения;

- согласен/не согласен (**отметить необходимое**) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- разрешаю / не разрешаю (**отметить необходимое**) проводить анализ медицинской документации, касающийся моего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам Центра, независимым специалистам, привлеченным к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительным органам.

Я подтверждаю свое волеизъявление: **подписью в соответствующей строке:**

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи».

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

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем нахождении и состоянии моего здоровья моим родственникам, законным представителям, гражданам (**ФИО, телефон**):

Пациент _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил Пациенту, суть медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы.

Лечащий врач (Ф.И.О.) _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

