

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в клинике НЕЙРО-ПРАКТИКА г. Тюмень, имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № .

Я, , проживающий по адресу , проинформирован о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство.

Я поставлен в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, я понял цели медицинского вмешательства и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных раньше.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100 % гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, могут удлиниться общие сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.

До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции поврежденных органов (тканей, конечностей, отделов), что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении медицинского вмешательства и обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

Пациент _____ /

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- _____ 2023 г.

Я, , являясь Заказчиком по договору возмездного оказания медицинских услуг № К- и законным представителем пациента(ки):

1. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

1.1. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «НЕЙРО-ПРАКТИКА» (далее – «Оператор») персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, даты оказания указанных услуг, результат обращения за медицинской помощью, результаты экспертизы объемов и качества оказанных медицинских услуг, серия и номер выданного листка нетрудоспособности, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике, или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, в том числе со стороны страховой компании, осуществляющей деятельность в области медицинского страхования, финансового обеспечения оказания медицинской помощи при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

1.2. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные пациента, законным представителем которого я являюсь, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, должностным лицам медицинской организации, непосредственно оказывающей медицинские услуги в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

1.3. В целях исполнения Оператором обязательств по договору с заказчиком оказываемых медицинских услуг я предоставляю Оператору право на передачу Заказчику и/или его представителю персональных данных, в т.ч. информации, составляющей врачебную тайну, в объеме, необходимом для исполнения указанного договора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

1.4. Я осведомлен(а), что настоящее согласие действует бессрочно и о том, что вправе отозвать согласие на обработку персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается

Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Подпись: _____ /

2. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

2.1. Выражаю свое согласие на предоставление мне медицинскими работниками персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, при условии аутентификации Субъекта персональных данных.

2.2. Оператор производит аутентификацию Субъекта по фамилии, имени, отчеству, дате рождения, серии и номеру документа, удостоверяющего личность, предъявленного при обращении.

2.3. Вышеуказанные сведения могут быть предоставлены также посредством использования любых видов связи, в том числе по телефону и электронной почте.

2.4. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться по незащищенным каналам связи и поступать на незащищенные адреса(Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа).

Подпись: _____ /

3. НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ

3.1. Настоящим выражаю свое согласие направлять мне результаты медицинских исследований, медицинские отчеты по следующему адресу электронной почты:

3.2. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться по незащищенным каналам связи и поступать на незащищенные адреса(Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа).

Подпись: _____ /

НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ РЕКЛАМНОГО ХАРАКТЕРА

4. ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ И ПОСРЕДСТВОМ SMS-СООБЩЕНИЙ

4.1. Настоящим выражаю свое согласие на рассылку Оператором сообщений с информированием по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, об акциях, специальных предложениях и другой информации о деятельности Оператора по:

тел.: +7

e-mail: .

Подпись: _____ /

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение интервенционной терапии

Данное информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение интервенционной терапии в области:

с использованием препарата(ов) (указывается область введения)

(указывается препарат и его доза)

Является приложением к медицинской карте пациента

(указывается ФИО пациента и, при необходимости, ФИО законного представителя)

Абсолютное отсутствие риска развития осложнений не гарантировано. Любые манипуляции и воздействия при неблагоприятном стечении обстоятельств могут привести к нежелательным последствиям, вплоть до угрозы жизни пациента.

При проведении локальной лекарственной терапии, возможно возникновение следующих осложнений или дискомфорта:

- Аллергические реакции на лекарственные препараты (не часто);
- Зуд, боль, покраснение, кровоподтек, уплотнение в месте инъекции (не часто);
- Инфицирование, некроз в области инъекции (очень редко);
- Реакции на введение глюкокортикоидных препаратов;
- Кратковременное покраснение лица, сердцебиение, повышение артериального давления и уровня глюкозы (не часто);
- Синдром гиперкортицизма (возможно при применении чаще, чем раз в месяц) (редко);
- При введении в сухожилие: атрофия и разрыв сухожилия (очень редко);
- При подкожном введении кальцификация, атрофия или некроз жировой ткани (очень редко);
- При введении в нерв возможна атрофия нерва (очень редко);
- У женщин: дисменорея (не часто), маточное кровотечение (очень редко);
- При использовании ботулинического токсина типа А (БТА), возможно возникновение следующих осложнений или побочных реакций;
- Локальные реакции: болезненность; локальное кровоизлияние (синяк); припухлость области укола (не часто);
- Общие побочные реакции (очень редко): аллергическая реакция на введение препарата, слабость в нескольких группах мышц (генерализованная, туловище, конечности), другие нарушения тонуса (гипертония/дистония), нарушения глотания, нарушения речи, судороги, нарушения мочеиспускания, косоглазие, повышенная потливость, нарушение сна, летаргия, повышенное слюнотечение, гриппоподобный синдром;

- И иные осложнения, в том числе связанные с индивидуальными особенностями организма.

я,

(фамилия, имя, отчество, пациента полностью)

года рождения, находясь на обследовании (лечении) у врача

Н Е Й Р О ПРАКТИКА

Общество с ограниченной ответственностью

625032, Тюмень, ул. Губернская д. 70. Тел./факс: (3452) 578382. www.neuro-praktika.ru

(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

подтверждаю следующее:

Во время консультации Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания и данной процедуре его лечения, а также цель, характер, ход и объем планируемого лечебно-диагностического вмешательства, возможные последствия и альтернативные методы лечения, связанные с ними риски, а также предполагаемые результаты данной процедуры и рекомендации после ее проведения.

Я уполномочиваю врачей выполнить любое дополнительное медицинское вмешательство, которое может понадобиться в целях лечения, а также в связи с возникшими непредвиденными ситуациями.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врачей мною поняты и осознаны и что я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенный мне план обследования и лечения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения поняты и меня устраивают.

Я извещен(а) о том, что в случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу, используя все доступные средства связи.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст.20 ФЗ РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на проведение интервенционной терапии.

Пациент (законный представитель)

(фамилия, имя, отчество законного представителя, паспортные данные законного представителя/реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Врач _____
(Фамилия И.О., подпись лечащего врача и врача, производящего вмешательство, печать)

Дата: ____ . ____ . _____

Протокол информированного согласия пациента № _____ «_____»

Я, _____, осведомлен(а) о следующих обстоятельствах лечения препаратом Аджови.

Срок эффективного действия препарата после проведенной инъекции составляет 1-3 месяцев, после чего, возможно, повторная инъекция.

Действие препарата наступает в срок до **14** дней после инъекции.

Побочное действие – В срок до 2-х дней после инъекции возможны покраснение, болевые ощущения, припухлость, зуд (проходит самостоятельно) в месте инъекций.

В случае самостоятельного приобретения препарата, медицинский персонал клиники не несет ответственности за побочные действия, связанные с неправильным хранением.

Я предупрежден(а), что если, какой-либо из побочных эффектов становится более выраженным или если проявляется побочный эффект, не перечисленный в данном списке, следует немедленно обратиться к лечащему врачу.

По данным Международной ассоциации двигательных расстройств резистентность к проведенному лечению составляет 0,001%. Вторичная резистентность может наблюдаться в 1 % случаев после повторных инъекций.

Противопоказаниями к проведению инъекции являются: острая фаза инфекционных заболеваний, доказанная гиперчувствительность к любому компоненту препарата. С осторожностью пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Исследования по лекарственному взаимодействию не проводились. Клинически значимых случаев лекарственного взаимодействия не описано.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения. Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию. Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Я, _____, согласен(на) на проведение лечения препаратом Аджови

Подпись врача (медсестры) _____

Подпись пациента _____