**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение внутрисуставной инъекции**

*(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ*

*«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)*

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*  *Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО ребенка или недееспособного гражданина- полностью, год рождения)* |

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач-ортопед\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее по тексту - врач). (должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники ООО «МЕД-ПЛЮС».

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 | A11.04.004 | Внутрисуставная инъекция |  |

**Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии** моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений лечения или даже стать их причиной.

**Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного медицинского вмешательства являются**:

* доказанная гиперчувствительность к любому компоненту препарата;
* воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции (инъекций);
* острая фаза инфекционных заболеваний;

2. Суть медицинского вмешательства: введение лекарственных препаратов внутрисуставно с целью лечебного воздействия на внутрисуставные структуры.

3. Ожидаемые результаты: в зависимости от лекарственного препарата (анестетики, противовоспалительные препараты) - уменьшение интенсивности болевого синдрома, купирование воспалительных явлений, улучшение подвижности сустава.

Мне разъяснены основные этапы лечения. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

4. Мне в доступной форме предоставлена информация о возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе:

* возникновение неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур,
* развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока),
* возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обусловливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции,
* токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации),
* истерической реакции, обморока, судорожных состояний,
* обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления,
* механического повреждения органа

5. Я понимаю, что невозможно абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата и отсутствие осложнений после внутрисуставной инъекции. Никто, в том числе врач, не давал мне таких гарантий;

6 Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время внутрисуставной инъекции или после нее могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения.

7. Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик: лекарственная терапия, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, мануальная терапия

8. Мне разъяснены состояние моего (пациента) здоровья и характер медицинского вмешательства.

Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства**.** Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: распространение гнойного процесса на окружающие ткани.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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),* в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(ФИО медицинского работника) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г. (дата оформления)