

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение диспансеризации (профилактический медицинский осмотр), виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на:
- виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств на которые граждане дают информированное добровольное 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 2012 г. № 390н (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ МО «Химкинская областная больница»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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)

_____ (Ф.И.О. гражданка, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____, или отказ от нее.
(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых.

Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II;

б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости - медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

БЛАНК ПАЦИЕНТА

Все поля обязательны для заполнения

*Заполнить строго печатными буквами

**При установлении признака БОМЖ, указать регион и населенный пункт

***Необходимо указать конкретное заболевание

1	Общие данные		
1.1	Фамилия *		
1.2	Имя*		
1.3	Отчество*		
1.4	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Женский
1.5	Дата рождения		
1.6	Гражданство		
2	Документы		
2.1	Тип документа		
2.2	Серия		
2.3	Номер		
2.4	Кем выдан		
2.5	Дата выдачи		
2.6	Код подразделения		
2.7	СНИЛС		
3	Медицинское страхование		
3.1	Тип полиса	<input type="checkbox"/> ОМС	<input type="checkbox"/> ДМС
3.2	Серия		
3.3	Номер		
3.4	Страховая организация		
4	Контактные данные		
4.1	Тип телефона	<input type="checkbox"/> Мобильный	<input type="checkbox"/> Домашний
4.2	Номер	+7 () - -	
5	Адреса		
5.1	Тип адреса	<input type="checkbox"/> Регистрация	<input type="checkbox"/> Проживание
5.2	БОМЖ*		
5.3	Регион**		
5.4	Населенный пункт**		
5.5	Улица		
5.6	Дом		
5.7	Квартира		
6	Предварительный осмотр		
6.1	Дата осмотра		
6.2	Медицинская организация		
6.3	Структурное подразделение		
6.4	СНИЛС медработника		
	Фамилия медработника		
	Имя медработника		
	Отчество медработника		
6.5	Температура пациента		
6.6	ЧДД пациента		
6.7	ЧСС пациента		
6.8	Общее состояние		
6.9	Болел COVID -19	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
6.10	Контактировал с больными инфекционными		

	заболеваниями в течение 2 недель (комментарий)				
6.11	Аллергические реакции		ДА		НЕТ
6.12	Комментарий к пункту 6.15				
6.13	Реакции на предыдущие вакцины		ДА		НЕТ
6.14	Комментарий к пункту 6.16				
6.15	Вакцинация против гриппа		ДА		НЕТ
6.16	Вакцинация против гриппа (вид)		ДА		НЕТ
6.17	Вакцинация против пневмококковой инфекции		ДА		НЕТ
6.18	Группа риска (к пункту 6.17)				
6.19	Наличие хронических заболеваний		ДА		НЕТ
	Бронхолегочной системы***				
	Сердечно сосудистой системы***				
	Эндокринной системы***				
	Онкозаболевания***				
	ВИЧ***				
	Туберкулез***				
	Гепатит***				
	Сифилис***				
	Иные***				
7	Лабораторные исследования				
7.1	ПЦР тест на COVID-19		Положительный		Отрицательны й
7.2	Дата анализа				
8	Лекарственные средства	применяемые в течение месяца до иммунизации			
8.1	Тип приема (месяц приема)				
8.2	Препарат				
8.3	Лекарственная форма				
8.4	Дозировка				
8.5	Суточная доза				
8.6	Продолжительность приема			Количество дней	
9	Медицинская информация об иммунизации				
9.1	Препарат вакцины				
9.2	Стандартизированное МНН				
9.3	GTIN				
9.4	ISN				
9.5	Клинические исследования		ДА		НЕТ
9.6	Серийный номер вакцины				
9.7	Реакция сразу после введения				
9.8	Общие реакции				
9.9	Комментарий к пункту 9.8				
9.10	Местные реакции				
9.11	Комментарий к пункту 9.10				