

Инвазивті араласу кезінде дәрігерге дейінгі алғашқы және медико-санитарлық, білікті медициналық көмек көрсетуге пациенттің келісімі

Мен, (сызып көрсету) пациент/заңды өкіл:

пациенттің/(бар болған жағдайда) заңды өкілдің (тегі, аты, әкесінің аты) ТОО «БТИ» («ДОБРОМЕД» МО) ЖШС бола тұра (медициналық ұйымның атауы) маған/мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға (сызып көрсету) _____ жүргізуге өзімнің келісімімді беремін

_____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), туған күні)

келесідей процедуралар:

1. Көк тамыр қанының талдауын зертханалық зерттеу ИЭ ЖОҚ

2. Жағынды алу, нәжіс, несеп талдаулары және басқа жағдайларға

зертханалық зерттеулер ИЭ ЖОҚ

3. Келесідей емдік-диагностикалық процедуралар, операциялар және басқа дәрігерлік көмектер

(атау) _____

ИЭ ЖОҚ

1. Жоспарланған инвазивті араласу/емдік-диагностикалық әрекеттер жасаудың мақсаты, түрі, жағымсыз әсерлері туралы ақпараттандырылғанды және барлық дайындық пен қажет болуы мүмкін анестезиологиялық іс-шараларға, сондай-ақ қажетті жағымсыз араласуларға келісемін.

Мен инвазивті араласу кезінде күтпеген жағдайлар, қатерлер мен асқынулар туындауы мүмкін екендігі жайлы ескертілдім және жүрек-қан тамырлары, нерв, тыныс алу және ағзаның басқа жүйелерінің жұмыс істеуіне әсер етуі мүмкін екенін, денсаулыққа қасақана жасалмаған зиян екенін түсінемін. Ондай жағдайда мен дәрігерлерге/медициналық қызметкерлерге аталған асқынуларды жоюға жолданған барлық мүмкін емдеу әдістерін қолдануға келісемін.

2. Мен дәрігерлерді/медициналық қызметкерлерді менің денсаулығымға қатысты барлық мәселелер жайлы хабардар етемін (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның денсаулығымен):

- тұқым қуалаушылық; - аллергиялық байқалулар; - дәрілік препараттар мен тағамдарды жеке көтере алмаушылық; - темекі өнімдерін қолдану; - алкогольдік ішімдікке салыну; - есірткі заттарын қолдану; - бастан өткерген зақым, операция, сырқат, анестезиологиялық көмек; - өміршеңдік кезінде физикалық, химиялық немесе биологиялық табиғаттың маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның) әсер ететін экологиялық және өндірістік факторлары; - қабылдайтын дәрілік құралдар.

3. Дәрігердің жолдамасы болмаған жағдайда маған ұсынылған зерттеулермен/емдеу-диагностикалық әрекеттерге келісім бергенімді растаймын МЦ «ДОБРОМЕД» және оларды дәлелді тағайындау бойынша наразылық білдірмеймін.

4. Менің «ДОБРОМЕД» МО дәрігеріне/медициналық қызметкеріне кез келген сауалды қоюыма мүмкіндігім болды және барлық сауалға жеткілікті жауап алдым. 5. Осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

6. Мен www.dobromed.kz сайтындағы Көпшілік келісімнің шарттарына қосыламын және келісемін.

Мен зерттеулер/емдеу-диагностикалық зерттеулер әрекеттері туралы кез келген ақпаратты келесідей тұлғаларға хабарлауға келісім беремін:

Т.А.Ә. _____ Туыстық дәрежесі _____

Т.А.Ә. _____ Туыстық дәрежесі _____

« » _____ 201__ жыл. Пациенттің/заңды өкілдің қолы _____

МЦ «ДОБРОМЕД» тіркеушісінің (әкімшінің) Т.А.Ә. және қолы _____

Ескерту: 1. Инвазивті араласу – ағзаның табиғи ішкі кедергілері арқылы енуге байланысты медициналық процедура (тері, шырышты қабық, дәрі жіберу, диагностикалық процедура, хирургиялық операция және т.б.).

2. Медициналық қызметкерлер өміршеңдік көрсеткіштері бойынша инвазивті араласуды бастаған жағдайда және оны тоқтату немесе қайтарып алу пациенттің өмірі мен денсаулығына қауіп төнуіне байланысты мүмкін болмаған жағдайдан басқа, қауіп төндірмеген жағдайда инвазивті араласуды өткізуге келісім қайтарып алынады.

Согласно статей 91, 94 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
Согласие пациента при инвазивных вмешательствах, оказании первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи
Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

_____,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя) находясь в ТОО «БТИ» (МЦ «ДОБРОМЕД»)

(наименование медицинской организации) даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

_____, (фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения) следующей процедуры:

1. Забор венозной крови на лабораторное исследование ДА НЕТ

2. Забор мазков, кала, мочи и других сред на лабораторное исследование
 ДА НЕТ

3. Следующие лечебно-диагностические процедуры, операции или другие врачебные пособия (перечислить) _____
 ДА НЕТ

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства/лечебно-диагностических манипуляций, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений. 2. Я ставлю в известность врача/медицинских работников обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь): -наследственность; -аллергические проявления; -индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания; - потребление табачных изделий; - злоупотребление алкоголем; - злоупотребление наркотическими средствами; - перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; - экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; -принимаемые лекарственные средства.

3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне исследованиями/лечебно-диагностическими манипуляциями, указанными в направлении МЦ «ДОБРОМЕД», и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинскому работнику МЦ «ДОБРОМЕД» и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. 5. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

6. Я присоединяюсь и согласен(на) с условиями Публичного договора, размещенного на сайте www.dobromed.kz

Любую информацию о результатах моих лабораторных/лечебно-диагностических манипуляциях исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

« » _____ 201__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Ф.И.О и подпись регистратора (администратора) МЦ «ДОБРОМЕД» _____

Примечание: 1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее). 2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.