

Общество с ограниченной ответственностью «Джордж Поликлиника №1»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (тредмил-тест)

Я, \_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество (полностью)*

\_\_\_\_\_ года рождения, адрес регистрации по месту жительства:

|  |
|--|
| <i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</i>                        |
| являясь законным представителем ( <b>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</b> ) ребенка или лица, признанного недееспособным: |
| <i>(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)</i>  |
| _____  |

подтверждаю, что мне, согласно моей воле и в доступной для меня форме, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), в том числе о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

**В соответствии с рекомендациями врача, я добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) тредмил-теста (т. е. исследование состояния сердечно-сосудистой системы путём регистрации электрокардиограммы и уровня артериального давления на фоне дозированной физической нагрузки).**

- Я информирован врачом о необходимости проведения тредмил-теста (т. е. о медицинских показаниях к проведению исследования). Я понимаю, что полученные в результате проведения тредмил-теста данные важны для диагностики состояния сердечно-сосудистой системы. Во время проведения тредмил-теста будут оцениваться переносимость физической нагрузки, наличие ишемии миокарда, нарушений сердечного ритма и проводимости, реакция артериального давления и ряд других показателей; результаты тредмил-теста важны для определения эффективности проводимой терапии (в случае наличия таковой), необходимости её коррекции.

- Я информирован врачом о том, что проведение тредмил-теста будет прекращено при появлении изменений на электрокардиограмме (согласно нормативным критериям), повышения уровня артериального давления выше допустимого, жалоб на боль в груди, одышки и т. п. В целях предосторожности и безопасности во время теста будет непрерывно мониториться электрокардиограмма и периодически определяться уровень артериального давления.

- Я предупрежден врачом о наличии риска для своей жизни и своего здоровья во время проведения тредмил-теста. Я информирован, что при проведении тредмил-теста могут развиваться: боли в груди, нарушение ритма сердца, повыситься / понизиться уровень артериального давления. В крайне редких случаях (менее 0,001% случаев) при проведении тредмил-теста возможен летальный исход для пациента. **Однако я понимаю необходимость проведения мне тредмил-теста и подтверждаю своё согласие на его проведение.**

- Я информирован врачом и понимаю, что при проведении тредмил-теста будут соблюдаться все необходимые меры предосторожности, направленные на предупреждение осложнений (учет медицинских показаний и противопоказаний к проведению исследования, проведение исследования согласно протоколу его проведения, проведение исследования подготовленным медицинским персоналом и т. п.) и своевременное, адекватное оказание мне медицинской помощи в случае ухудшения состояния моего здоровья во время либо после окончания проведения тредмил-теста.

- Я подтверждаю, что информирован (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах тредмил-теста, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения исследования.

• Я подтверждаю, что осознаю, что техника проведения тредмил-теста не позволяет в полной мере и достоверно оценить анатомические и физиологические особенности моего организма (организма представляемого) и результат тредмил-теста не может быть гарантирован. Вместе с тем мне гарантировано проведение тредмил-теста специалистами соответствующей квалификации, применение качественного оборудования, материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

• Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого).

• Я поставил (поставила) 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 сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

• Мне в доступной для меня форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

• Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего медицинского вмешательства мною осознан.

• Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения (излечения представляемого), но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

• Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

• Мне известно, что в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, являются врачебной тайной. Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть разглашены только по основаниям, предусмотренным законодательством России или с моего личного письменного согласия.

***Гарантия конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну, мне подтверждена.***

• Я разрешаю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (вписать ФИО, контактный телефон):

---

Подпись пациента (законного представителя пациента)

---

*собственноручно: фамилия, имя, отчество, личный росчерк*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Пациент (законный представитель) подписал документ в моем присутствии:

---

*должность, фамилия, инициалы, подпись врача*

---