

## **Информированное добровольное согласие на обследование и лечение**

**в Клинике Федерального государственного бюджетного научного учреждения**

**«Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ)**

Я, \_\_\_\_\_ г.р. , адрес регистрации: \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на обследование и лечение в условиях Клиники ФГБНУ НЦПЗ, предложенные мне.

Врачом: \_\_\_\_\_

**Мне даны разъяснения** об условиях пребывания в отделении, об условиях амбулаторного приема, методах лечения и обследования, назначенных врачом и включающих в себя:

клиническое обследование у врачей – специалистов: терапевта, невролога, окулиста и др. по показаниям)

лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи и др. по показаниям)

инструментальное исследование (по показаниям)

физиотерапевтическое лечение (по показаниям)

психологическое исследование (по показаниям)

медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая) психотерапию.

**Мною получена информация** о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, методах лечебного воздействия, о возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

**Я 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. N 390н.

**Я информирован(а)** о том, что медицинский персонал ФГБНУ НЦПЗ сделает всё от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

**Мне сообщили** о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

**Мне даны разъяснения** о моих правах в соответствии с Конституцией РФ, Федеральными Законами РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

**Я ознакомлен(а)** с Правилами внутреннего распорядка Клиники ФГБНУ НЦПЗ, режимом работы отделения.

**Я имел(а) возможность** задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания, лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

**Я осознаю**, что предлагаемое лечение не гарантирует полного выздоровления, что для достижения лучшего результата в дальнейшем будет необходимо выполнять рекомендации лечащего врача в отношении приёма поддерживающей терапии.

**Я не возражаю**, что в Клинике ФГБНУ НЦПЗ будет осуществляться хранение и обработка моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона РФ № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Я проинформирован(а)** о том, что в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. N 1604 "О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством", мне противопоказано управление автомобилем.

**Я не возражаю**, что информация о течении моего заболевания будет использована при проведении научных исследований и в учебном процессе, при строгом сохранении врачебной тайны и персональных данных.

**Я разрешаю** предоставить информацию о моём заболевании во время лечения в стационаре следующим лицам:

---

**Я не возражаю/возражаю** (ненужное зачеркнуть) против предоставления сведений о моём заболевании из медицинской документации по запросам из других государственных медицинских учреждений психиатрического профиля.

**СОГЛАСЕН(НА)** с обследованием и лечением в Клинике, Правилами внутреннего распорядка ФГБНУ НЦПЗ, режимом работы отделения, а также с вышеизложенными положениями, обязуюсь им строго следовать.

Подпись пациента √ \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение в амбулаторных условиях в Клинике Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ)**

Я, \_\_\_\_\_ г.р.,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие на обследование и лечение меня в амбулаторных условиях в ФГБНУ НЦПЗ

Медицинским работником \_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (осмотр психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, логопеда, дефектолога, педиатра, невролога,, лабораторная диагностика – общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Биохимический анализ крови, другие лабораторные исследования; ЭКГ; назначение медикаментозного лечения), 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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

**Я 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. N 390н.

**Со мной обсуждены** последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

**Я получил(а)** исчерпывающие и понятные мне ответы на все вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Подпись пациента ✓ \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_