

в соответствии с приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 №1051н

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства 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 № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (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)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. (дата оформления)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью гражданина либо законного представителя)  
дата рождения гражданина либо законного представителя: \_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Паспорт законного представителя \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью пациента при подписании согласия его законным представителем)  
дата рождения пациента: \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу:  
\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

**Обратилась в ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист».**

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевании лица, законным представителем которого я являюсь).

- Я ознакомлен (ознакомлена) с режимом работы и правилами внутреннего распорядка в отделениях в \_\_\_\_\_ ООО «Центр репродуктивной медицины «АИст» и обязуюсь их соблюдать.

- даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), велоэргометрия, функции внешнего дыхания, сцинтиграфия (гаммакамера).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожное.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура,

включенных в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 № 390н.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента/

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или его законного представителя полностью, телефон)  
законного представителя)

- Добровольно даю своё согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: лабораторные серологические методы исследования, исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы; анализы на гормоны; определение группы крови и резус-фактора; онкомаркеры, кариотипирование, анализы на пренатальные скрининги, НИПТ, цитологические анализы, ПЦР исследования мазков, генетические обследования. Лечебные мероприятия: приём таблетированных препаратов, инъекции, введение лекарственных препаратов по назначению врача. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых мне медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных в данном информированном добровольном согласии. Я доверяю лечащему врачу принимать соответствующие решения и выполнять иные действия, которые врач сочтет необходимым для установки диагноза и определения тактики лечения.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать мне (либо лицу, законным представителем которого я являюсь) во время их проведения.

- Я подтверждаю, что мне разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью, и ее получении, в том числе: выбор врача и выбор медицинской организации.
- В случае нарушения прав пациента я могу обратиться непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист», в котором мне (пациенту, законному представителю пациента) оказывается медицинская помощь.
- Я извещен (извещена) о том, что мне или лицу, законным представителем которого я являюсь, необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

**Медицинским работником**

---

**(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)**

в доступной для меня форме 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.

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

- Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, а также информацию о диагнозе, степени и характере заболевания, в том числе после смерти, следующим родственникам, законным представителям, гражданам:

---

ФИО, контактный телефон

---

**(подпись пациента/ (ФИО гражданина или его законного представителя полностью, телефон)  
законного представителя)**

Настоящее соглашение подписано пациентом (законным представителем) после проведения врачом разъяснительной беседы

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

---

(подпись)

(Должность, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.