**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога**

**(В01.046.001, В01.046.002, В01.046.003) c аудиометрией (A12.25.001)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу ,

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам АО «ИНТЕРСЛУХ» на проведение мне/моему представляемому:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. представляемого, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО)

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и диагнозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я знаю о наличии у меня /пациента повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским

препаратам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию осложнений со стороны уха или даже стать их причиной.

 Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне была предоставлена полная информация об оказании медицинской услуги в объёме проведения консультации, а именно: о целях, методах оказания медицинской услуги, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской услуги; при этом я имел(а) возможность обратиться за разъяснением указанной информации к медицинскому работнику АО «ИНТЕРСЛУХ».

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Цель медицинского вмешательства – диагностика и дифференциальная диагностика проблем со слухом; выявление различных патологий как уха, так и всей системы слухового анализатора; поиске оптимальных способов оказания помощи.

Медицинская помощь включает в себя профилактику нарушений слуха, выявление пациентов с нарушением слуха, медицинскую реабилитацию, позволяющую формировать и (или) развивать естественное слухоречевое поведение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от консультации (приема, осмотра) врача или потребовать его прекращения.

Мне разъяснено, что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, в том числе и увеличение стоимости лечения, о чем меня уведомит врач.

Мне в доступной форме разъяснено, что оказание консультации предполагает следующие действия медицинского работника:

* сбор анамнеза жизни и заболевания (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой опрос пациента с целью получения совокупности сведений о пациенте и его заболевании, выяснения продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространённости процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, сведений о профессии, а также о предыдущем лечении;
* анализ данных анамнеза, жалоб;
* изучение представленных медицинских документов, результатов исследований;
* осмотр, в том числе пальпация (проводится путём ощупывания тела пациента), отоскопия. (инструментальное исследование уха с использованием специального инструмента – отоскопа).
* антропометрические исследования (определение веса, массы тела и обхвата грудной клетки).
* термометрия (измерение температуры).
* диагностика слуха и слуховых функций путем тональной пороговой аудиометрии.

Я даю свое согласие на проведение вышеперечисленных медицинских вмешательств.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: снижение остроты слуха, шум в ушах, травма головы, нарушение речи, заложенность и боль в ушах, логопедические проблемы, возрастные нарушения слуха, последствия травм уха, работа на вредных производствах (звуковая нагрузка свыше 80 дБ), для определения показаний к коррекции слуха, при необходимости настройки слухового аппарата, изготовления индивидуального ушного вкладыша.

Мне разъяснено, что противопоказания к медицинскому вмешательству обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в моей медицинской документации и анкете пациента. Противопоказаниями для проведения аудиометрии: акустическая травма в течение суток, наличие серных пробок, наличие гнойных выделений из уха, покраснения и отечность барабанной перепонки, свежая операция на органе слуха, болезнь Меньера, эпилепсия.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья.

Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: невозможность поставить точный диагноз и оценить наличие потери слуха (вид и степень тугоухости).

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, эпилепсии, болезни Меньера, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, и я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проводимого исполнителем лечения, без согласования с лечащим врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением, делающим невозможным завершить начатое исполнителем лечение.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я внимательно ознакомился(лась) и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен судом в дееспособности, не признан недееспособным вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина/законного представителя) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)