**Тексерілу мен емделуге ерікті ақпараттық келісім**

Қарағанды қ. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ж.

Мен,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты

Туған жылы, күні «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_, тұрғылықты мекен-жайы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

азаматтың мекен-жайы, ата-анасының біреуінің мекен-жайы, немесе заңды өкілінің аты

ЖСН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 18.09.2009 жылғы ҚР Кодексінің № 193-IV 5 бөлімнің, 16 тараудағы 91 бабы негізінде

«Қарағанды қалалық №3 Емхана» КМК дәрігердің нұсқауы бойынша келесі араласуларды жасауға ақпараттық келісім беремін:

1. Зертханалық талдаулар үшін қан тапсыруға, с.і. клиникалық, биохимиялық, жұқпалы гепатиттер мен инфекцияларды, жыныстық жолмен берілетін және АИТҚ инфекциялары мен т.б анықтауға;
2. Зертханалық талдаулар жасауға сүртінді (аңқа, жатыр, үрпі және т.б.) алуға;
3. Тексерудің функционалды әдісі (электрокардиография, электрокардиограмманың тәуліктік бақылау, артериалды қысымды тәуліктік бақылау, спирография, аудиометрия, компьютерлік ретинография, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия және т.б.)
4. Тексерудің эндоскопиялық әдістері (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия және т.б.).

5. Тексерудің рентгенологиялық әдістері (флюорография, маммография, рентгенография және т.б).

6. Ультрадыбыстық зерттеу әдістері

7. Парентералдық жолмен дәрі-дәрмек мен вакциналар енгізу (көктамыр, бұлшықет, тері астына, тері арқылы).

8. Физиотерапиялық ем қабылдау.

9. Хирургиялық араласулар.

10. Стоматологиялық араласулар және т.б.

Басқа қажетті араласулар маған қосымша айтылып түсіндіріледі.

Мен диагностикалық және емдік емшаралардың сипаттамасы мен мақсатын, жағымсыз әсерлерінің болуын білемін, абайсыздықтан денсаулыққа зиян келуі мүмкін,

Маған негізгі ерікті ақпараттық келісімді рәсімдеу барысында және де медициналық араласулар алдында да, медициналық араласаулардың жоғарыда көрсетілген бір немесе бірнеше түрінен бас тартуға құқығым бар екені түсіндірілді.

Маған бұл қадамнан кейінгі мүмкін болатын зардаптар да айтылды.

Барлық жағдайда да қояр талабым жоқ.

Мен, берілген құжаттың мәтінін оқыдым, мағынасы түсінікті және берілген құжаттың міндеті түсінікті. Мен медициналық араласуға келісімімді беремін. Осы ерікті ақпараттық келісім тараптардың қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді және «Қарағанды қалалық №3 Емханасы» КМК жағдайында медициналық көмек алудың барлық мерзіміне әрекет етеді.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты, қолы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медициналық қызметкердің А.Т.Ә., қолы)

**Информированное добровольное**

**согласие на обследование и лечение**

г. Караганда «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 № 193-IV статьи 91, раздела 5, гл.16 даю информированное добровольное согласие на проведение в КГП «Поликлиника № 3 г. Караганда» в соответствии с назначением врача следующих видов вмешательств:

1. Взятие крови на проведение лабораторных исследований, в т. ч. клинических, биохимических, на наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающиеся половым путем, на наличие ВИЧ инфекции и другие.

2. Взятие мазков (зева, влагалища, уретры и прочие) для проведения лабораторных исследований

1. Функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, спирография, аудиометрия, компьютерная ретинография, спирография, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия и другие).
2. Эндоскопические методы исследования (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия и другие).

5. Рентгенологические методы обследования (флюорография, маммография, рентгенография и другие).

6. Ультразвуковые исследования

7. Парентеральное введение лекарственных веществ и вакцин (внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).

8. Физиотерапевтическое лечение.

9. Хирургические вмешательства.

10.Стоматологические вмешательства и другие

Необходимость других видов вмешательств мне будет разъяснено дополнительно.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне (представляемому) делать во время их проведения.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство.

Данное информированное добровольное согласие действительно с момента заключения на весь период получения медицинской помощи в условиях КГП «Поликлиника № 3 г. Караганды»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника