

**Информированное добровольное согласие на прием (осмотр, консультацию)
Врача- уролога**

Я, _____

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

_____ года рождения, _____ зарегистрированная по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____ паспорт: _____

выдан _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:
прием (осмотр, консультация) врача уролога**

Медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

цели оказания медицинской помощи: для обследования, лечения, профилактики заболеваний, консультативная помощь, определение медицинских показаний и направление пациента для обследования иными специалистами. _____ (иное указать)

Мне разъяснены методы оказания медицинской помощи:

- прием (осмотр, консультация) врача уролога проводится путем беседы, визуального осмотра, пальпации, измерения роста, веса, сбора анамнеза с оценкой жалоб пациента.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога может оказываться в следующих условиях: в специально оборудованном помещении, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям, в амбулаторных условиях и в условиях стационара.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога оказывается с применением медицинских изделий:

_____.

- качественное выполнение приема (осмотра, консультации) врача уролога не требует предварительной подготовки, при этом рекомендуется 2 дня полового воздержания, до посещения врача. Мне разъяснено, что несоблюдение данных рекомендаций может повлечь недостоверные результаты исследований и сказаться на качестве оказываемой услуги.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога проводится методом внешнего осмотра, пальпации, при необходимости применяются медицинские изделия, указанные выше. В ходе приема врач определяет методы, объем, прогноз лечения, о чем подробно информирует пациента. Также пациент предупреждается о возможных осложнениях в процессе лечения и после такового. Результаты приема медицинский работник заносит в медицинскую карту.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога включает в себя сбор анамнеза, в ходе которого проводится общее физикальное обследование, мочевыводящей системы, в отсутствие противопоказаний проводится пальцевое ректальное исследование, забор биологического материала. Мне разъяснено, что сбор анамнеза может потребовать проведение дополнительных вмешательств, в частности, при подозрении урологического заболевания: _____ и иные, при предоперационной подготовке больных может потребоваться обязательный минимум обследований (анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, определение антител к бледной трепонеме в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога по общему правилу осуществляется без применения анестезии, в исключительных случаях, когда требуется проведение болезненных манипуляций, может быть применена местная анестезия. _____ (иное указать)

Мне разъяснен связанный с методами риск:

- прием (осмотр, консультация) врача уролога не имеет противопоказаний, однако некоторые манипуляции могут иметь противопоказания в зависимости от состояния пациента (иное указать) _____

- прием (осмотр, консультация) врача уролога при соблюдении указаний медицинского работника не может повлечь возникновение нежелательных осложнений.

Мне разъяснены возможные варианты медицинских вмешательств:

- прием (осмотр, консультация) врача уролога производится методом внешнего осмотра, пальпации, при необходимости применяются медицинские изделия, результаты фиксируются в медицинской документации и доводятся до сведения законного представителя пациента/пациента, могут потребоваться дополнительные исследования и медицинские вмешательства, в частности, забор материала для исследования на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитологию мазков, УЗИ гениталий и пр.

- может потребоваться повторный прием (осмотр, консультация) врача уролога по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации врача.

- прием (осмотр, консультация) врача уролога по общему правилу осуществляется без применения анестезии, в исключительных случаях, когда требуется проведение болезненных манипуляций, может быть применена местная анестезия.

Мне разъяснены предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

- результатом приема (осмотра, консультации) врача уролога является: выявление имеющихся и потенциальных заболеваний, формирование рекомендаций для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний, консультативная помощь, проведение наблюдения за состоянием пациента, определение медицинских показаний и направление пациента для обследования иными специалистами

- после приема (осмотра, консультации) врача уролога рекомендуется соблюдать неукоснительное соблюдение рекомендаций врача по результатам приема. (иное указать)

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

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено, что сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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.

(Ф.И.О. выбранного лица)

(Подпись)

Ф.И.О. пациента/законного представителя

(Подпись)

Медицинский работник

« _____ » _____ 20 _____ года