**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**
**пациента на выполнение инвазивного исследования, вмешательства.**

«___»_____ 20 _ г.
Я, _____, _____ г.р.
(фамилия, имя, отчество)
полностью информирован(а) о своем состоянии здоровья, необходимых мне диагностических, лечебных мероприятиях.
2. Настоящим я даю добровольное согласие на выполнение следующего инвазивного исследования, вмешательства:
_____
_____
(вид вмешательства, исследования)
в соответствии со ст. 20, 21, 22 закона № 323 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 г.
3. Я разрешаю информировать о моем диагнозе и состоянии здоровья следующих лиц
_____
4. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я понимаю, что невозможно полностью гарантировать мне благоприятный исход и исключить различные осложнения и последствия диагностических процедур, включая нетрудоспособность и смерть.
5. Я понимаю, что в ходе выполнения и указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, не указанных в пункте 2. Я доверяя врачу, его ассистентам и всему персоналу учреждения принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимым для улучшения моего состояния. Согласен выполнять все необходимые процедуры и манипуляции (в том числе инъекции, рентгенологические и прочие диагностические процедуры), переливание различных растворов и прием лекарственных препаратов.
6. Я обязуюсь поставить в известность врачей обо всех проблемах со здоровьем, наблюдавшихся ранее аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотребление алкоголем и наркотиками и другими химическими веществами.
7. Я обязуюсь добросовестно выполнять все назначения врачей.
Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.
**Подпись пациента** _____ (_____)
(подпись) (фамилия, имя, отчество)
**Подпись медицинского работника**_____ (_____)
(подпись) (фамилия, имя, отчество)
***Примечание***: Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести физического или психологического состояния или является несовершеннолетним, это право передается его законному представителю или ближайшему родственнику.
Ф.И.О. _____ Адрес _____

Подпись родственника (законного представителя) _____ (_____)
(подпись) (фамилия, имя, отчество)
Я отказываюсь от проведения _____
Мне сообщено о последствиях этого отказа _____ (_____)
(подпись) (фамилия, имя, отчество)