

Информационное добровольное согласие на медицинское обследование
в территориальной психолого-медико-психологической комиссии
Октябрьского района в городе Красноярске
лиц, достигших возраста 15 лет

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт _____ выдан _____
_____ « _____ » _____ 20 _____ года

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.
- Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования в психолого-медико-педагогической комиссии:
 1. Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.
 2. Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии.
 3. Антропометрическое обследование.
 4. Термометрии.
 5. Тонометрии.
 6. Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций.
 7. Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций.
 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).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 предыдущем абзаце. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки моего диагноза и определения тактики лечения;
- Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предлагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режиме 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 мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, 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) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

« _____ » _____ 20 _____ года. Подпись _____

Расписался в моем присутствии:

Руководитель ПМПК: _____ /Л.В. Скакун/