

## Информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, нижеподписавшийся,

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. гражданина)  
\_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(кем выдан паспорт)

проживающий по  
адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

обращаясь в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» (ГБУЗ «ПОКЦК») для сдачи крови и ее компонентов, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), при сдаче крови и ее компонентов, а также в случае оказания мне, гражданину, первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ «ПОКЦК», в том числе: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Сдача крови или компонентов крови.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы сдачи крови и ее компонентов, а также цели и методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне до донации предоставлена в доступной для понимания форме информация о процедуре донации, о пользе донорства, об опасности передачи через кровь инфекционных заболеваний. Я информирован о причинах временного и постоянного отвода от донорства, причинах, по которым отдельные лица не могут быть донорами, если донорство угрожает их здоровью, о путях передачи ВИЧ/СПИД и других инфекциях, передающихся через кровь, об ответственности за сокрытие информации, которая может повлиять на безопасность реципиента, а также о необходимости известить учреждение службы крови об инфекционном заболевании, возникшем в течение трех лет после донации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Данное согласие дано мною на период сдачи крови и ее компонентов в ГБУЗ «ПОКЦК».

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. мед. работника, уполномоченного руководителем ГБУЗ «ПОКЦК»)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)