

Бесплатное приложение для пациентов

- ♦ Все записи к врачу в одном месте
- ♦ Безопасная электронная медкарта
- ♦ Защищенный канал передачи документов
- ♦ Удобная онлайн-запись



ООО "Медичел"

Информированное добровольное согласие на фонофорез

«7» июля 2025

г. Новосибирск

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, Иванов Иван Иванович, 1980, паспорт серия 0000 номер 000000, выданного «1» января 2020 ГУ УУ РФ, настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – фонофорез лекарственных средств.

Я знаю о наличии у меня повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам: _____

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: _____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного исследования являются:

- онкологические заболевания;
- прохождение курсов агрессивного лечения (например: полихимиотерапия);
- наличие доброкачественных новообразований в зоне воздействия физиотерапии.
- аллергические реакции на вводимые препараты

Я подтверждаю отсутствие аллергических реакций на вводимый лекарственный препарат _____

(указать название лекарственного препарата)

Суть медицинского вмешательства:

Фонофорез – это физический метод лечения, использующий ультразвук.

Я предупрежден/на о том, что перед процедурой фонофореза и во время её проведения, а также в последующие визиты мне необходимо своевременно и достоверно сообщать медицинскому персоналу об изменении состояния моего здоровья.

Мне разъяснены основные этапы исследования. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время проведения фонофореза лекарственных средств или после могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. Наиболее часто встречаются: реакции на воздействие ультразвука – жжение, гиперемия кожи в месте введения, так и на вводимый препарат согласно инструкции, прилагающийся к нему.

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик - введение лекарственных средств, в том числе физиотерапевтических (электрофорез), возможность парентерального ведения лекарственных средств.

Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства, а именно: сохранение болевого, мышечно-тонического синдрома, сохранение симптомов заболевания.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал ООО "Медичел" провести мне медицинское вмешательство – фонофорез лекарственных средств.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 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 (ненужное зачеркнуть):

телефон № _____

Пациент Иванов Иван Иванович _____

Врач _____