**Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ и ст. 4, 11, 28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 даю своё информированное согласие на проведение мне (или гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законным представителем которого являюсь) добровольного психиатрического освидетельствования, необходимого для оказания медицинской помощи в ООО «Центр психического здоровья». Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации. Я ознакомлен(а) с особенностями названного медицинского вмешательства (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, термометрия, тонометрия, антропометрические исследования, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, исследования функций нервной системы). Информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах представлены мне врачом в доступной форме, с учетом моего психического состояния. Я получил (а) подробные пояснения в отношении состояния моего здоровья и моего расстройства. Я осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения и об альтернативных методах лечения.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ и ст. 4, 11, 28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 даю своё информированное согласие на оказание мне (или гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законным представителем которого являюсь) амбулаторной психиатрической помощи в ООО «Центр психического здоровья». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего психического расстройства, основания и целях психиатрического лечения. Мне предоставлена информация о моих правах, согласно действующему законодательству, в том числе о праве на отказ от предложенных мне методах лечения. Я ознакомлен(а) с режимом лечения и посещения врача и обязуюсь его соблюдать. Добровольно даю согласие на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, лабораторные и инструментальные методы обследования, а также лечебные мероприятия: прием таблетированных препаратов, инъекций. Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения: я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении моего самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не предписанных мне лекарств. До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнения введения лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение дифференцированного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе и об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, обо всех перенесенных оперативных вмешательствах, заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратах. Я сообщил(а) правдивые сведения о своей наследственности, а также об употреблении алкоголя и наркотических препаратов. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Мне известно о возможностях получения бесплатной медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях и возможности получить диспансерное наблюдение в диспансерном отделении ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова. Я разрешаю в случае необходимости предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/