



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи женщинам в период беременности

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____ именуемая в дальнейшем Пациент, настоящим подтверждаю, что, проинформирована врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____.

Я, в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим заявлением выражаю добровольное информированное согласие на оказание мне в **Медицинском частном учреждении «Медицинский центр «Рамбам»** медицинской помощи по ведению беременности.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

— о том, что основной задачей наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных;

— об общих схемах динамического наблюдения беременных, утвержденных Приказом Минздрава РФ от 20.10.2020г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология", а также намеченным мне планом ведения беременности;

— о том, что при физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся: врачом акушером-гинекологом - не менее десяти раз; обязательно врачом-терапевтом, врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом; другими специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

— о необходимости проведения лабораторных исследований:

1) крови (в т. ч.: клинический анализ крови (не менее 3 раз), биохимия крови; анализ крови на резус-фактор и группу крови; анализ крови на RW, ВИЧ, HBS, HCV (3 раза — при первом посещении, при сроке 30 недель беременности, за 2-3 недели до родов); анализ крови на половые инфекции, коагулограмма; анализы крови на маркеры генетической патологии плода; анализ крови на гормоны щитовидной железы, гормональные маркеры невынашивания беременности);

2) общего анализа мочи;

3) исследований мазка из влагалища на флору, цитологических исследований из цервикального канала и шейки матки; бактериологического исследования из цервикального канала с исследованием чувствительности к антибиотикам;

— о необходимости проведения ультразвуковых и функциональных исследований: УЗИ беременных (не менее 3 раз: в 11-14 недель, 20-22 недели и 32-34 недели), кардиотокографии (КТГ), ЭКГ, доплерометрии;

— о том, что при выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений врача акушера-гинеколога увеличивается и определяется врачом акушером-гинекологом индивидуально;

— о том, что в зависимости от результатов исследований и обследований мне может быть назначено проведение дополнительных исследований и осмотров врачами-специалистами, а также в соответствии с медицинскими показаниями проведение медикаментозной терапии и (или) стационарного лечения (госпитализации);

— о необходимости добросовестно выполнять все указания и назначения врача акушера-гинеколога и других врачей-специалистов, в том числе по проведению дополнительных исследований и осмотров;

— о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) врачей, в том числе назначенного режима наблюдения (обследования) могут снизить качество наблюдения женщины в период беременности, повлечь за собой невозможность его осуществления и завершения в установленные сроки, отрицательно сказаться на состоянии здоровья моем и (или) моего будущего ребенка.

Мне даны разъяснения:

- о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе ведения беременности медицинских мероприятий, а также способы их проведения;
- о последствиях отказа от проведения необходимых осмотров, консультаций врачей-специалистов, обследований и исследований;
- о необходимости предоставления врачу достоверных данных о состоянии своего здоровья, семейном, акушерско-гинекологическом анамнезе, состоянии здоровья мужа (биологического отца), а также наличии профессиональных вредностей и вредных привычек.

Я обязуюсь проинформировать врача:

- о семейном анамнезе (в т.ч. наличие у близких родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличии в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями);
- о перенесенных мною и (или) имеющихся заболеваниях, в т.ч. краснухе, токсоплазмозе, генитальном герпесе, цитомегаловирусной инфекции, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной, онкологической патологии, повышенной кровоточивости, перенесенных операциях, переливании крови, аллергических реакциях, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств;
- об акушерско-гинекологическом анамнезе, в т.ч. сведения об особенностях менструального цикла, о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течения и их исходах, осложнениях в родах и послеродовом периоде, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей; наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (генитального герпеса, гонореи, сифилиса, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ВИЧ/СПИД –инфекции, гепатита В и С), использовании контрацептивных средств.

Я подтверждаю: — что внимательно прочла текст настоящего заявления и поняла всю информацию, представленную мне сотрудниками МЧУ «МЦ «Рамбам»;

- что я имела возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные вопросы в области акушерства, связанные с ведением беременности;
- что на все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы;
- что мне понятен смысл всех терминов, употребляемых в настоящем заявлении;
- что, получив от сотрудников МЧУ «МЦ «Рамбам»; полную информацию о возможности и условиях предоставления гражданам РФ бесплатных медицинских услуг в рамках программ обязательного медицинского страхования, я выражаю свое волеизъявление на оказание мне платных медицинских услуг и согласна их оплатить;

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно даю информированное согласие на оказание платной медицинской помощи по ведению беременности в МЧУ «МЦ «Рамбам»; в связи с чем выражаю согласие на проведение мне в процессе ведения беременности любых необходимых для этого медицинских вмешательств, в том числе, но не ограничиваясь: проведение осмотров и консультаций акушера-гинеколога и других врачей-специалистов; забор и проведение лабораторных исследований, в т.ч. но, не ограничиваясь: крови, мочи; отделяемого уретры, цервикального канала, влагалища, шейки матки, генетической патологии плода; проведения ультразвуковых и функциональных исследований (в т.ч.: КТГ, ЭКГ, доплерометрии); проведения медикаментозной терапии и (или) стационарного лечения, а также дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться при выявлении соматической или акушерской патологии, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций, связанных с протеканием беременности.

Я проинформирована, что согласно приказу № 925Н от 01.09.2020 г. Минздравсоцразвития «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится строго в 30 недель беременности, при многоплодной беременности – в 28 недель беременности. При изменении места работы, во время действия договора на ведение беременности, необходимо незамедлительно сообщить об этом в администрацию МЧУ «МЦ «Рамбам»; указать новое место работы и должность и оформить заявление установленного образца. При трудоустройстве, во время действия договора на ведение беременности, для получения листка нетрудоспособности (оформление до- и послеродового отпуска) следует предоставить в администрацию МЧУ «МЦ «Рамбам»; справку с места работы.

Пациент: _____ **Дата « ____ » _____ 202__ (подпись)**

Я свидетельствую, что дал(а) разъяснения Пациенту о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинских услуг медицинских вмешательств, а также способах и риске их проведения, дал(а) ответы на все интересующие вопросы.

Беседу провел(а) врач _____ **(подпись, Ф.И.О.)**