

Инвазиялық араласулар, алғашқы дәрігерге дейінгі және медико-санитарлық көмек көрсету, білікті медициналық көмек көрсету кезінде пациенттің ерікті түрдегі жазбаша келісімі

Мен, (астын сызу): пациент/заңды өкілі:

(пациенттің/заңды өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

биоматериалды қабылдау және алу пунктінде бола отырып, маған/мен заңды өкілі болып табылатын адамға
(медициналық ұйымның атауы)

(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), туған күні)

келесі емшараларды (астын сызу) жүргізуге өзімнің келісімді беремін (қажетті тармақтарды қанат белгісімен белгілеу):

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| – Зертханалық зерттеуге биоматериалдар (қан, жағындылар және т.б.) алу | ☐ ИӘ | ☐ ЖОҚ |
| – Әкелінген биоматериалдарды (несеп, нәжіс және т.б.) зерттеу | ☐ ИӘ | ☐ ЖОҚ |
| – Емдеу-диагностикалық іс-шаралар өткізу | ☐ ИӘ | ☐ ЖОҚ |

сондай-ақ келесі байланыс деректерін растаймын:

- sms-хабарламалар жіберу үшін терефон нөмірі _____
- Зерттеулердің нәтижелерін жіберу үшін эл. пошта мекенжайы (қажет болған жағдайда) _____

1. Мен жоспарланған инвазиялық араласудың/емдеу-диагностикалық іс-шараның мақсаты, сипаты, қолайсыз әсерлері жөнінде хабардар етілдім, барлық дайындық және сүйемелдеуші ықтимал анестезиологиялық іс-шаралармен, сондай-ақ қажетті жанама араласулармен келісемін. Маған инвазиялық араласу/емдеу-диагностикалық іс-шара кезінде күтпеген жағдайлар, қауіптер және асқынулар туындауы мүмкін екені туралы ескертілді және бұл жүрек-қан тамырлар, жүйке, тыныс алу және басқа ағзаның тіршілік әрекеті жүйелері жағынан бұзылыстарға, соның ішінде аурушаңдыққа, қанауға бейімділікке, қанды ісікке алып келуі мүмкін екенін, бұл денсаулыққа қасақана емес зиян келтіру емес екенін түсінемін. Мұндай жағдайда, мен дәрігерлердің/медициналық қызметкерлердің жоғарыда көрсетілген асқынуларды жоюға бағытталған барынша ықтимал емдеу әдістерін қолдануына келісім беремін.

2. Мен өзімнің денсаулығым (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның денсаулығына және жай-күйіне) байланысты зерттеу нәтижелерінің нақтылығына әсер ету мүмкін барлық проблемалар және ерекшеліктер туралы (қажетті тармақтарды қанат белгісімен белгілеу):

- ☐ жүктілік (мерзімі _____ апта);
- ☐ тұқым қуалаушылық;
- ☐ аллергиялық көріністер;
- ☐ дәрілік препараттар және азық-түлік тағамдарын жеке көтере алмаушылық;
- ☐ темекі заттарын тұтыну;
- ☐ алкогольді шектен тыс тұтыну;
- ☐ есірткі заттарын шектен тыс тұтыну;
- ☐ жарақаттар, операциялар, сырқаттар, анестезиологиялық құралдар;
- ☐ тіршілік ету кезінде маған (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаға) әсер етуші физикалық, химиялық немесе биологиялық жаратылыстағы экологиялық және өндірістік факторлар;
- ☐ қолданып жатқан дәрілік заттар туралы дәрігерді/медициналық қызметкерлерді хабардар етемін.

Жоғарыда көрсетілген проблемалар мен ерекшеліктердің, сондай-ақ емдеу-диагностикалық іс-шаралар/зерттеулерге дайындықтың бұзылған ережесінің егжей-тегжейлі сипаттамасы: _____

3. Дәрігерден жолдама болмаған жағдайда, жолдама-чекте көрсетілген, мен (мен заңды өкілі болып табылатын тұлға) тапсырыс берген емдеу-диагностикалық іс-шараларға/зерттеулерге келісетінімді растаймын және оларды тағайындау негізділігі бойынша наразылық білдірмеймін.

4. Менің дәрігерге/медициналық қызметкерлерге кез келген сұрақтарды қоюға мүмкіндігім болды және барлық сұрақтарға барынша толық жауап алдым.

5. Мен биоматериалды қабылдау және алу пункттерінде және/немесе www.kdlolymp.kz сайтында орналастырылған Жария шарттарының барлық талаптарына қосыламын және келісемін, соның ішінде емдеу-диагностикалық іс-шараларға/зертханалық зерттеулерге (осы құжаттың 2-т. мен көрсеткен ережелерді бұзуды қоспағанда) дайындықтың барлық ережелерін орындағанымды растаймын.

6. Менің (мен заңды өкілі болып табылатын тұлғаның) зертханалық зерттеулер нәтижелері туралы кез келген ақпаратты келесі тұлғаларға хабарлауға рұқсат беремін:

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____

Т.А.Ә. _____ Туыстық деңгейі _____

7. Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

20__ жылғы «__» _____. Пациенттің/заңды өкілінің қолы _____

Өтінімді тіркеуші тұлғаның Т.А.Ә. және қолы _____

Ескертпе:

1. Инвазиялық араласулар – ағзаның табиғи сыртқы барьерлері (тері, шырышты қабықтар) арқылы өтуге байланысты медициналық емшаралар (егу, диагностикалық емшара, хирургиялық операция және тағы басқа).

2. Медицина қызметкерлері өмірлік көрсетілімдер бойынша медициналық емшараларға кірісіп кеткенде және оларды тоқтату немесе қайтару пациент өміріне және денсаулығына қауіп төнетіндігіне байланысты жағдайларды қоспағанда инвазиялық араласуларды, алғашқы дәрігерге дейінгі және медико-санитарлық көмек көрсету, білікті медициналық көмек көрсету жүргізуге келісімді тоқтатуға болады.