

ФОРМА

інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики та лікування згідно із клінічним протоколом медичної допомоги «COVID-19»

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| <p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ</p> <table border="1" data-bbox="470 1008 769 1079"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <table border="1" data-bbox="1050 1008 1524 1079"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>№</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | № | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | № | | | | | | | | | | | | | | | |

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ІЗ КЛІНІЧНИМ ПРОТОКОЛОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «COVID-19»

Я, _____, одержав(ла)

у

_____ (найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Мені надано інформацію щодо можливості застосування нового клінічного протоколу для проведення діагностики та лікування мого (моєї дитини) захворювання та роз'яснено різницю між уніфікованим та новим клінічним протоколом.

Засвідчую свою згоду на застосування нового клінічного протоколу

_____ (назва нового клінічного протоколу)

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі

Продовження додатка

роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Інформацію надав лікар _____ “___” _____ 20__ року _____
 (П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування

| | | |
|----------|-------|-----------------------|
| _____ | _____ | “___” _____ 20__ року |
| (підпис) | | (дата) |