

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Центр паллиативной медицины ДЗМ»
Филиал «Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА С ОБЩИМ ПЛАНОМ
ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в _____ отделении круглосуточного наблюдения и лечения

_____ ГБУЗ «Центр паллиативной медицины ДЗМ» _____

_____ Филиал «Первый Московский хоспис им. В.В. Миллионщиковой» _____

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____ Кузьминой З.В. _____
с назначенным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующим изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Мне разъяснено, что необходимым условием лечения является четкое соблюдение лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка. Несоблюдение их может отрицательно отразиться на состоянии моего здоровья и будет расценено как добровольный отказ от предложенного лечения. Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

Я извещен(а) о вероятном течении заболевания в случае отказа от предложенного плана лечения: прогрессирование онкологического процесса, развитие таких осложнений, как болевой синдром, образование пролежней, летальный исход (смерть).

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____ Кузьминой З.В. _____

(Ф.И.О.)

Пациент _____

(подпись пациента, Ф.И.О., дата)

Или законный представитель пациента _____

(Ф.И.О., подпись, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

Лечащий врач _____ / _____

Дата _____ 2017г.