**Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах.**

      Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения пациента/законного представителя)

находясь в пункте приема забора биоматериала: ТОО «MEDILAB IMMUN.KZ»

даю свое согласие на проведение следующих процедур:  
 -Забор биоматериала (крови, мазков и т.п.) на лабораторные исследования □ ДА □ НЕТ

- Исследование приносного биоматериала (моча, кал и т.п.) □ ДА □ НЕТ

а также подтверждаю следующие контактные данные:

-номер телефона для отправки sms-уведомлений: +7 (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-адрес эл. почты для отправки результатов исследований (при необходимости):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью, в том числе болезненность, кровоточивость и гематомы. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2.Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):

□ наследственность □ потребление табачных изделий

□ беременность (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_недель) □ злоупотребление алкоголем

□ аллергические проявления □ злоупотребление наркотическими средствами

□ индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания

□ перенесенные травмы, операции □ принимаемые лекарственные средства

□ экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности

3.В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с заказанными мною (лица, законным представителем которого я являюсь) лабораторными исследованиями, перечисленными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

5.Я присоединяюсь и согласен(на) с условиями Публичного договора, размещенного в пунктах приема и забора биоматериала и/или на сайте  [https://mdi.kz,](%20https://mdi.kz,%20) в том числе подтверждаю, что выполнил(а) все правила подготовки к лабораторным исследованиям (за исключением правил, перечисленных мною в п.2 настоящего документа).

6. Настоящим подтверждаю, что даю согласие на сбор и обработку персональных данных, в том числе представление сведений о состоянии здоровья, для формирования электронных информационных ресурсов.

7.Я информирован(а) о возможном проведении фото- и видеосъемки в целях обеспечения безопасности.

8.Любую информацию о результатах, заказанных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. Степень родства ИИН

Ф.И.О. Степень родства ИИН

9.Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) сними

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата « ­­­­» 2023г.

Подпись пациента/законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

Ф.И.О. и подпись лица, регистрирующего заявку

*Примечание:*

1. *Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).*
2. *Согласие на проведение инвазивного вмешательства, оказание первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к медицинским процедурам и их прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.*

**Пациенттің инвазивті араласуға ерікті түрдегі жазбаша келісімі.**

      Мен, (сызып көрсету) пациент/заңды өкіл:  
­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(тегі, аты, жөні (егер қолжетімді болса), паценттің / заңды өкілдің туған күні, айы, жылы)

биоматериалды тапсыру орыны : ЖШС «MEDILABIMMUN.KZ»

келесі процедураларға келісім беремін:  
- Зертханалық зерттеу үшін биоматериал (қан, жағынды және т.б.) тапсыру □ИЯ □ЖОҚ

- Алынған биоматериалды зерттеу (зәр, үлкен дәрет т.б.)□ИЯ □ЖОҚ

Мен сондай-ақ келесі байланыс ақпаратын растаймын:

- SMS хабарламаларын жіберуге арналған телефон нөмірі: +7 (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- зерттеу нәтижелерін жіберуге арналған электрондық пошта мекен-жайы):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1. Жоспарланған инвазивті араласу/емдік-диагностикалық әрекеттер жасаудың мақсаты, түрі, жағымсыз әсерлері туралы ақпараттандырылдым және барлық дайындық пен қажет болуы мүмкін анестезиологиялық іс-шараларға, сондай-ақ қажетті жағымсыз араласуларға келісемін. Мен инвазивті араласу кезінде күтпеген жағдайлар, қатерлер мен асқынулар туындауы мүмкін екендігі жайлы ескертілдім және жүрек-қан тамырлары, нерв, тыныс алу және ағзаның басқа жүйелерінің жұмыс істеуіне әсер етуі мүмкін екенін, денсаулыққа қасақана жасалмаған зиян екенін түсінемін. Ондай жағдайда мен дәрігерлерге/медициналық қызметкерлерге аталған асқынуларды жоюға жолданған барлық мүмкін емдеу әдістерін қолдануға келісемін.

2.Дәрігерге денсаулығыма байланысты барлық мәселелер туралы хабарлаймын ( заңды өкілі болып табылатын адамның да денсаулығына қатысты ):

□ тұқым қуалаушылық □ темекі өнімдерін тұтыну

□ жүктілік кезеңі (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_апта) □алкагольді шамадан тыс тұтыну

□ аллергиялық көріністер □ есірткі заттарын қолдану

□ дәрі түрлеріне немесе әртүрлі тағамғажеке төзбеушілік

□ бастан өткерілген сырқат немесе жарақат , операция □қабылданған дәрілік заттар

□ Менің өмірімде маған (мен заңды өкілі болып табылатын адамға) әсер ететін физикалық, химиялық немесе биологиялық сипаттағы экологиялық және өндірістік факторлары

3. Дәрігердің жолдамасы болмаған жағдайда, мен (мен заңды өкілі болып табылатын тұлға) жолдама қолхатында көрсетілген зертханалық зерттеулермен келісетінімді растаймын және олардың рецептінің жарамдылығына қатысты ешқандай шағымдар жасамаймын.

4. Дәрігерге/медициналық қызметкерлерге кез келген сұрақтарымды қою мүмкіндігіне ие болдым және барлық сұрақтарға жан-жақты жауап алдым.

5.Мен биоматериалды қабылдау және жинау пункттерінде және https://mdi.kz сайтында жарияланған Қоғамдық келісімнің шарттарын, соның ішінде зертханалық зерттеулерге дайындалудың барлық ережелерін сақтағанымды растаймын және келісемін. (осы құжаттың 2-тармағында мен санаған ережелерден басқа).

6. Осы арқылы электрондық ақпараттық ресурстарды қалыптастыру үшін жеке деректерді жинауға және өңдеуге, оның ішінде денсаулық жағдайы туралы ақпаратты беруге келісім беретінімді растаймын.

7.Қауіпсіздік мақсатында фото және бейне түсіру мүмкін екені туралы маған хабарланды.

8. Мен (мен заңды өкілі болып табылатын тұлға) тапсырыс берген зертханалық зерттеулердің нәтижелері туралы кез келген ақпаратты келесі тұлғаларға хабарлауға рұқсат етемін:

Т.А.Ж. Туыстық байланысы ЖСН

Т.А.Ж. Туыстық байланысы ЖСН

9. Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ күні « ­­­­» 2023ж.

Пациенттің қолы/заңды өкілдің қолы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_күні « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023ж.

Тіркеушінің Т.А.Ж, қолы

*Ескерту: 1. Инвазивті араласу –ағзаның табиғи ішкі кедергілері арқылы енуге байланысты медициналық процедура (тері, шырышты қабық, дәрі жіберу, диагностикалық процедура, хирургиялық операция және т.б.). 2. Медициналық қызметкерлер өміршеңдік көрсеткіштері бойынша инвазивті араласуды бастаған жағдайда және оны тоқтату немесе қайтарып алу пациенттің өмірі мен денсаулығына қауіп төнуіне байланысты мүмкін болмаған жағдайдан басқа, қауіп төндірмеген жағдайда инвазивті араласуды өткізуге берілген келісім қайтарылынып алынады.*