

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на проведение телемедицинских консультаций в рамках превентивной медицины

Сведения о медицинской организации: общество с ограниченной ответственностью «СЕТЬ КЛИНИК ПОДРУЖКИ», лицензия № ЛО41-01137-77/01957952

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя),
«___» _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

"___" _____ г. рождения, проживающего по
адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: на проведение телемедицинских консультаций в рамках превентивной медицины.

Мне в доступной форме разъяснено, что **телемедицинская консультация** — это оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (видеосвязь, аудиосвязь, защищённая переписка) без необходимости личного посещения врача.

В ходе консультации возможно:

- сбор жалоб, анализ анкеты здоровья и имеющихся результатов обследований;
- оценка состояния здоровья в профилактических целях;
- обсуждение планов обследований, программ превентивной медицины, рекомендаций по образу жизни и питанию;
- рекомендации по необходимости очного осмотра или дополнительного обследования.

Цель:

- оказание консультационной помощи в рамках профилактики заболеваний и наблюдения за состоянием здоровья;
- повышение доступности рекомендаций врача без нарушения требований безопасности и качества медицинской помощи.

Показания:

- профилактическая оценка состояния здоровья в рамках превентивной медицины;
- обсуждение результатов обследований, выполненных ранее или в сторонних лабораториях;
- необходимость подбора индивидуальных рекомендаций по питанию, режиму, физической активности;
- контроль динамики состояния здоровья при отсутствии необходимости в очном осмотре;
- ответы на вопросы пациента по назначенным обследованиям и программам профилактики;
- уточнение и разъяснение назначений, данных ранее при очном визите;
- подбор дополнительных обследований или уточнение плана наблюдения без посещения клиники;
- **а также иные вопросы, по которым врач считает возможным оказание телемедицинской консультации.**

Особенности телемедицинской консультации:

- Телемедицинская консультация не заменяет очный приём и не предназначена для экстренной помощи.
 - Врач формирует рекомендации только на основании предоставленных мной данных.
 - Я обязан(а) предоставлять достоверную и полную информацию о состоянии здоровья.
 - При необходимости очного осмотра или дополнительных обследований я буду проинформирован(а).
 - Консультация проводится через защищённые каналы связи, с соблюдением врачебной тайны.
 - Я уведомлён(а), что запись консультации возможна только с согласия сторон.
 - Для контроля состояния может потребоваться повторная консультация
- Телемедицинская консультация проводится в профилактических и консультативных целях в рамках превентивной медицины.

- Консультация **не является постановкой окончательного диагноза**, так как в дистанционном формате невозможно провести полноценный физикальный осмотр и ряд исследований.
- Назначение лекарственных препаратов или лечебных процедур возможно **только после очной консультации**, если это требуется по медицинским стандартам.

Лечащий врач

разъяснил мне как будет проходить консультация, понятным, общедоступным языком.

Я имел/а возможность получить исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Отказ от телемедицинской консультации не влечёт ограничений в дальнейшем получении очной медицинской помощи, но может привести к отсутствию своевременных профилактических рекомендаций или задержке в планировании обследований.

Также мне разъяснены возможные осложнения и риски:

- телемедицинская консультация не заменяет очный приём. При необходимости очного осмотра или дополнительных обследований я буду проинформирован(а) и направлен(а) к специалисту. При выявлении признаков заболевания может потребоваться дополнительное обследование.

Достоверность результатов зависит от соблюдения условий подготовки.

ОСОБЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ:

- Я обязуюсь предоставить достоверные сведения о состоянии здоровья, наличии хронических заболеваний, аллергий, принимаемых препаратов.
- При необходимости заранее подготовить результаты анализов и обследований для их обсуждения,
- а также иные особенности подготовки, о которых меня заранее проинформировал медицинский работник.

Мне разъяснены возможные альтернативы:

- возможность обратиться на очный приём;
- возможность получить консультацию другого специалиста.

Противопоказания:

- наличие у пациента состояния, требующего экстренной или неотложной медицинской помощи (резкие боли, кровотечения, выраженная одышка, потеря сознания и др.);
- необходимость проведения физикального обследования, лабораторных и инструментальных процедур, которые невозможно выполнить дистанционно (по решению врача);
- невозможность пациента адекватно сообщить данные о своём состоянии (по медицинским или психологическим причинам);
- отсутствие технической возможности обеспечить стабильную связь, необходимую для консультации;
- отказ пациента от предоставления необходимой информации или документов для оценки состояния здоровья.

Врач оставляет за собой право прервать телемедицинскую консультацию и рекомендовать очный приём или вызов экстренной помощи при выявлении противопоказаний.

Я уведомлён(а), что достоверность предоставленной мной информации о состоянии моего здоровья, перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях, приёме лекарственных средств влияет на качество рекомендаций врача.

Мне разъяснено, что я могу согласиться либо отказаться от отдельных обследований, процедур или элементов программы, о чём будет сделана запись в медицинской документации.

Мне разъяснено, что рекомендованные к приёму витаминно-минеральные комплексы и биологически активные добавки не являются лекарством, не имеют лечебного эффекта и не способны устранить симптомы или первопричины заболеваний.

Я получил информацию о показаниях к применению, о наличии противопоказаний рекомендованных витаминно-минеральных комплексов и биологически активных добавок.

Рекомендации, данные в рамках телемедицины, актуальны только в пределах обсуждённого вопроса и не заменяют регулярные профилактические осмотры.

Рекомендации по превентивной медицине не являются назначением лечения конкретного заболевания без проведения дополнительных обследований.

Более подробная информация о состоянии моего здоровья и аллергических реакциях зафиксирована в анкете здоровья, которая является неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

В случае технических сбоев или невозможности провести полноценное обсуждение врач вправе перенести или прекратить консультацию.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно выполнять процедуры, ставить в известность лечащего врача об ухудшении моего самочувствия, о приёме препаратов, не назначенных врачом.

Подписывая данную форму информированного согласия, я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) назначения, рекомендации врача. Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций врача, режима процедур, приёма препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

На все мои вопросы были получены ответы на понятном мне языке. Я получил(а) удовлетворительные ответы и уточнения по всем вопросам, интересовавшим меня в связи назначенным лечением. Данное согласие дается не под влиянием обмана, психического или физического насилия или в условиях несвободы.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции, проводимые со мной, будут выполнены специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов в соответствии с существующими стандартами и требованиями законодательства РФ.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о моем здоровье или о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и Договора и подтверждаю согласие на проведение мне лечения.

Я согласен (а), с тем, что в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с пунктом 10 статьи 13 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проводится аудио и видеозапись приема.

Настоящее согласие предоставлено мной Медицинской организации на условиях Оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенной на Сайте по адресу: <https://podruga.ru>, в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

Идентификация и аутентификация Пользователя или его законного представителя осуществлена с использованием единой системы идентификации и аутентификации через сервис Личный кабинет и портал Госуслуги. Настоящее информированное добровольное согласие подписано простой электронной подписью Пользователя или его законного представителя.

Пациент
_____ (электронная подпись), дата
Законный представитель: (при наличии) _____ (электронная подпись), дата

