

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
« ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»
Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

Информированное добровольное согласие на перенос эмбриона(ов) в полость матки

Настоящий документ составлен с целью реализации прав Пациента на получение медицинской помощи на основании информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст. ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также с учетом положений п. 4, 30, 31, п. 35-37, 43 Приказа Минздрав РФ от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

Мы, партнёры, супруги:

(ФИО, дата рождения) _____

паспорт _____

(ФИО, дата рождения) _____

паспорт _____

Я (мы) даю(ем) свое информированное добровольное согласие и прошу (просим) произвести перенос _____ (указать дату) эмбриона(ов) /размораживание/ (подчеркнуть при проведение процедуры оттаивания эмбриона(ов)), находящегося(ихся) на хранении в БУЗОО «ГКПЦ».

Оставшийся(еся) после размораживания (оттаивания) эмбрион(ы), находящийся на одном крионосителе, прошу (просим) повторно криоконсервировать при условии пригодности биоматериала. Мне (нам) известно, что оценка качества эмбриона(ов), его (их) пригодность к повторной криоконсервации осуществляется врачом КЛД, эмбриологом отделения ВРТ БУЗОО «ГКПЦ»

(подпись пациентки)

(подпись пациента)

Мне (нам) разъяснено, что:

- в результате криоконсервации качественные морфологические характеристики эмбриона(ов) могут измениться, о чем станет известно только после процедуры размораживания (оттаивания);

- после размораживания (оттаивания) эмбрион(ы) может (могут) быть не пригодны для переноса в полость матки, и по этой причине перенос может быть отменен;

- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания эмбриона(ов) для здоровья будущего ребенка;

- я (мы) извещена(извещен)(ы) о возможной многоплодной беременности, даже при переносе одного эмбриона. При имплантации более двух эмбрионов я (Пациентка) обязуюсь в кратчайший срок принять решение по вопросу редукции одного или двух эмбрионов;

- в случае рождения ребенка после переноса эмбриона(ов), в том числе после размораживания (оттаивания), я(мы) обязуюсь(емся) взять на себя права и обязанности по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством РФ о браке и семье.

Я (Мы) подтверждаю (ем), что внимательно прочла(прочел)(и) и поняла(понял)(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) медицинскими работниками БУЗОО «ГКПЦ». Я (Мы) предупреждена(предупрежден)(ы) о рисках, возможных последствиях и предполагаемых результатах криоконсервации и последующего размораживания(оттаивания) эмбриона(ов).

Я (Мы) имела(имел)(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне(нам) вопросы в указанной области. На все заданные вопросы я (мы) получила(получил)(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на размораживание моего (нашего) криоконсервированного биологического материала, находящегося на хранении в БУЗОО «ГКПЦ», и его использование в лечении бесплодия в программах ВРТ.

Мы добровольно предоставляем контактную информацию (фактический адрес проживания, адрес электронной почты и номера телефонов), которая может быть использована для передачи любой информации, касающейся здоровья, в том числе содержащей врачебную тайну.

Нам известно и понятно, что в случае изменения контактных данных, известить БУЗОО «ГКПЦ» письменным заявлением будет в наших интересах.

Пациентка (ФИО):

_____ / _____ /

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

Пациент (ФИО):

_____ / _____ /

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

Врач (Ф.И.О., должность, подпись) _____ / _____ /

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

**ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ВСЕГДА ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ
ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ, В ТОМ ЧИСЛЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТАМИ**

«__» _____ 202__ г.

ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРОВЕДЕНО

Врач _____ (подпись)

1) Собран эпид. анамнез, выявлены стереотипы поведения, кодирование:

код

- 102 Злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков _____
- 104 Беспорядочные половые связи, частота смены половых партнеров _____
Использование презервативов _____
- 104 Наличие ИППП в анамнезе _____
- 120 Наличие ВИЧ-инфицированного среди половых партнеров _____
Гемотрансфузии _____
- 108 Доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей _____
Профессиональный контакт с кровью _____
- 115 Мед. Персонал, работающий с ВИЧ-инфицированным _____
Выезд на территории, неблагополучные по ВИЧ-инфекции _____
- 200 Иностранцы граждане _____
Срок, причина и результат последнего обследования на ВИЧ _____
- 109 Беременные _____
- 118 Прочие _____
Те же факторы риска у полового партнера _____

Примечание.

Если подходит два кода, то кодируется через дробь, например: код - 109/104

2) Беременная ознакомлена с буклетом

3) Обсуждены вопросы:

- Что такое ВИЧ-инфекция?
- Как можно предупредить заражение ВИЧ?
- Для чего проводится тест на ВИЧ?
- Какие могут быть результаты тестирования?
- Риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и грудном вскармливании
- Возможность проведения профилактики ВИЧ-инфекции ребенку
- Возможные исходы беременности
- Необходимость последующего наблюдения матери и ребенка
- Возможность информирования о результатах теста полового партнера, родственников

Как Вы смотрите на то, чтобы пройти тестирование на ВИЧ! При положительном ответе выписывается направление и проставляется код на нём

«__» _____ 202__ г.

ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРОВЕДЕНО

Врач _____ (подпись)

1) Сообщить результат

При отрицательном результате:

- Повторяется вся информация, предоставленная до тестирования (пункт 3)
- Обсуждается значение полученного результата
- Напоминается о периоде «серонегативного окна», поэтому рекомендуется повторить исследование через 3-6 месяцев
- Подтверждается необходимость придерживания правил безопасности проведения в отношении ВИЧ-инфекции

При положительном результате: (обнаружены антитела к ВИЧ). Проявить сочувствие.

- Остановиться на вопросах взаимосвязи ВИЧ и беременности
- Риска передачи ВИЧ от матери к ребенку и методах его предупреждения
- Вскармливании новорожденного
- Диагностики ВИЧ у ребенка
- Вопросы репродуктивного поведения женщины
- Составляется план медицинского наблюдения
- **ЖЕНЩИНА НАПРАВЛЯЕТСЯ В ЦПБС И З (УЛ. 20 ЛЕТ РККА,7)**

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
« ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»
Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО, дата рождения)

зарегистрированный по адресу _____,

паспортные данные _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на обработку БУЗОО «ГКПЦ» расположенное по адресу : 644007,г. Омск, ул. Герцена,69 (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих : Фамалию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России(СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Даю своё согласие на право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. БУЗОО «ГКПЦ» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

БУЗОО «ГКПЦ» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС) на приём и передачу моих персональных данных со страховой организацией

полис № _____

и в территориальный фонд ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что и приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать моё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес БУЗОО «ГКПЦ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителя БУЗОО «ГКПЦ».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, БУЗОО «ГКПЦ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Почтовый индекс _____

Пациент (ФИО):

_____/_____

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, " ____ " _____ г. р.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя),

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство мне.

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований:

- анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских исследований; ультразвуковых исследований; неонатальный скрининг, аудиоскрининг; Викасол 1% (профилактика геморрагической болезни); лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)