

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

**Заявление  
на проведение трансвагинальной пункции фолликулов**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

в соответствии с договором, а так же требованиями приказа №803Н МЗ РФ, в рамках проведения программы ЭКО, прошу провести трансвагинальную пункцию фолликулов.

Я получила всю необходимую информацию о процедуре пункции фолликулов яичников через влагалище и о возможных осложнениях, а именно:

Осложнения во время стимуляции овуляции (частота < 0,5%):

- аллергические реакции на вводимый препарат (крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, анафилактический шок).
- разрыв, апоплексия фолликулов, внутрибрюшное кровотечение.
- перекрут, подкрут кисты яичников и стимулированных яичников

Осложнения во время проведения операции трансвагинальной пункции фолликулов из яичников (частота <0,1%):

- анестезиологические осложнения: аллергические реакции на введении препаратов для внутривенной анестезии, вплоть до развития анафилактического шока, развитие постинъекционных гематом, абсцессов;
- осложнения при проведении собственно пункции фолликулов: ранение пункционной иглой соседних органов (мочевого пузыря, кишечника, маточных труб, мочеточников), ранение крупных магистральных сосудов (маточных, внутренних и наружных подвздошных и т.д., с развитием гематом и/или внутрибрюшного кровотечения), ранение поверхностных сосудов влагалища, параметрия, развитием гематом влагалища и/или наружного кровотечения.

Осложнения послеоперационного периода (частота <0,5%):

- ранние: апоплексия яичников, перекрут, подкрут кист яичников, внутрибрюшное кровотечение;
- отсроченные: гнойно-септические осложнения (острый эндометрит, сальпингофорит, пельвиоперитонит, формирование гнойных тубовариальных образований: абсцессов, свищей).
- синдром гиперстимуляции яичников (частота 10-25%, в том числе тяжелых форм с формированием асцита, гидроторакса – 1-2%)

Я предупреждена о том, что решение о целесообразности проведении трансвагинальной пункции и решение о количестве пунктируемых фолликулов, отделение ВРТ принимает самостоятельно и по усмотрению врача и даю на это свое согласие.

Даю согласие на проведение пункции фолликулов яичников через влагалище, аспирацию фолликулярной жидкости и получение яйцеклеток.

В случае развития осложнений даю согласие на проведение инфузионной, гемотрансфузионной терапии или по показаниям лапароскопии.

Я понимаю, что полученные ооциты будут использоваться для лечения бесплодия:

\_\_\_\_\_.

**Пациентка(ФИО):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

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

**Заявление  
Об оплодотворении ооцитов**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)

прошу произвести оплодотворение всех пригодных к данной процедуре ооцитов спермой:

- моего мужа (ФИО, дата рождения)

\_\_\_\_\_

- партнера (ФИО, дата рождения)

\_\_\_\_\_

- донора

\_\_\_\_\_

Я предупреждена, что:

- оплодотворение не может быть гарантировано, даже при проведении ИКСИ;
- наступление беременности не может быть гарантировано;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода.

Я понимаю, что в случае наступления беременности мне необходимо пройти пренатальную диагностику наследственных и врожденных болезней плода.

В случае рождения ребенка после переноса эмбрионов, я обязуюсь взять на себя права и обязанности по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне сотрудниками БУЗОО «ГКПЦ», и имела возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры.

**Пациентка(ФИО):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

**Заявление  
О криоконсервации и хранении эмбрионов**

Мы, партнёры, супруги:

(ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

просим произвести витрификацию (замораживание и хранение) наших эмбрионов, полученных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Мы знаем, что эмбрионы после криоконсервации могут быть непригодны для переноса, что наступление беременности не может быть гарантировано, что до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мы предупреждены, что хранение витрифицированных эмбрионов осуществляется в стандартных, выпускаемых промышленностью резервуарах под круглосуточным наблюдением сотрудников отделения ВРТ БУЗОО «ГКПЦ». Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального нападения. Мы подтверждаем, что в этих случаях отделение ВРТ не несет ответственность за гибель витрифицированного биоматериала.

Обязуемся оплачивать услуги по хранению витрифицированных эмбрионов в соответствии с тарифами БУЗОО «ГКПЦ».

В случае смерти или потери дееспособности одного из партнёров/супругов, судьба витрифицированных эмбрионов определяется другим партнёром/супругом.

В случае смерти или потери дееспособности обоих партнёров/супругов, судьбы витрифицированных эмбрионов будет определяться следующий лицом:

ФИО, дата рождения \_\_\_\_\_

Мы обязуемся письменно заявить об изменении решения о дальнейшем хранении и использовании витрифицированных эмбрионов.

В случае рождения ребенка после переноса витрифицированных эмбрионов, мы обязуемся взять на себя права и обязанности по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье.

Заявляем, что изложили врачу все известные нам данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в нашей семье.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, предоставленную нам Отделением ВРТ БУЗОО «ГКПЦ», и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас ответы. Наше решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры.

Адрес и/или телефон, по которым БУЗОО «ГКПЦ» может сообщить важную для нас информацию:

**Пациентка (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Пациент (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /**

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

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

**Информированное добровольное согласие на проведение процедуры ЭКО/ИКСИ**

Мы, партнёры, супруги:

(ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

по нашему добровольному согласию просим провести нам лечение бесплодия методом ЭКО/ИКСИ.

Мы предупреждены о том, что лечение методом ЭКО/ИКСИ может иметь осложнения, связанные с оперативным вмешательством (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарств, предусмотренные их производителем). Нам известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Нам разъяснен порядок проведения лечения методом ЭКО /ИКСИ известно, что:

- для нашего лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуется изменить план или метод лечения;
- лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода.

Мы понимаем, что ни наступление беременности, ни предотвращение генетического нарушения или хромосомной аномалии у эмбриона или ребенка, а также пороков развития не может быть гарантировано в результате проведенного лечения.

Мы не получили никаких гарантий относительно результата этих процедур.

Мы обязуемся взять на себя равные права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье.

Заявляем, что изложили врачу все известные нам данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в нашей семье.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, предоставленную нам сотрудниками отделения вспомогательных репродуктивных технологий БУЗОО «ГКПЦ», в т.ч. Приказ МЗ РФ №803Н, и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас ответы. Наше решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры.

Адрес и/или телефон, по которым отделение ВРТ БУЗОО «ГКПЦ» может сообщить важную для нас информацию: \_\_\_\_\_

**Пациентка (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Пациент (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /**

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ХРАНЕНИЯ (УТИЛИЗАЦИЯ) ООЦИТОВ, НЕПРИГОДНЫХ К  
ОПЛОДОТВОРЕНИЮ, И ЭМБРИОНОВ, НЕ ПРИГОДНЫХ К ПЕРЕНОСУ В ПОЛОСТЬ  
МАТКИ ИЛИ ВИТРИФИКАЦИИ**

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 \_\_\_\_\_

**подтверждаем**, что в доступной и понятной для нас форме получили нижеследующую информацию:

Меня (нас) проинформировали надлежащим образом, что в результате проведения программы экстракорпорального оплодотворения в БУЗОО «ГКПЦ» по причинам, не зависящим от качества оказания медицинской помощи, могут быть получены эмбрионы, не пригодные к переносу, что фиксируется в эмбриологической выписке. Также предупреждены о том, что полученные в ходе трансвагинальной пункции фолликулов ооциты могут быть признаны непригодными к оплодотворению и подлежат прекращению хранения (утилизация).

Мне (нам) объяснено, что использование аномальных эмбрионов при оказании медицинской помощи в лечении бесплодия способствует возникновению риска рождения ребенка с генетическими аномалиями.

Я (Мы) предупреждена (ы) и понимаю (ем), что при проведении лечения бесплодия с использованием эмбрионов, не пригодных к переносу, медицинское учреждение БУЗОО «ГКПЦ» и лечащий врач не могут нести ответственности за рождение ребенка с генетическими аномалиями, поскольку специалистами Клиники мне (нам) даны все необходимые разъяснения обо всех возможных последствиях криоконсервации, хранения и использования не пригодных к переносу эмбрионов.

Я (мы) понимаю (ем), что в случае наступления беременности с использованием эмбрионов, не пригодных к переносу, необходимо будет провести общепринятое обследование в процессе ведения беременности и провести ультразвуковое обследование и биохимический скрининг, а также инвазивную пренатальную диагностику, как наиболее информативный подход к диагностике наследственной и врожденной патологии плода.

**Настоящим информированным добровольным согласием я (мы) выражаю (выражаем) следующее:**

**- согласие на прекращение хранения/культивирования (утилизация) эмбрионов, не пригодных к переносу/витрификации.**

**Пациентка (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

**Пациент (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /**

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

**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 проведении процедуры оттаивания эмбриона(ов)), находящегося(ихся) на хранении в БУЗОО «ГКПЦ».

Оставшийся(еся) после размораживания (оттаивания) эмбрион(ы), находящийся(еся) 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 интересные 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

**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 : Фамилию, 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

**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)**



**Информированное добровольное согласие**  
на осуществление медицинского вмешательства в домашних условиях

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента)

находясь на лечении в дневном стационаре БУЗОО «ГКПЦ» по программе ЭКО, даю добровольное согласие на введение в домашних условиях инъекции препаратом(и):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что постановка инъекции в домашних условиях требует стерильности и использования безопасной техники. Только так можно сделать эту манипуляцию относительно безболезненной для пациента и избавить его от риска осложнений. Соответственно, инъекционную терапию должны проводить преимущественно специалисты с медицинским образованием.

Введение препарата вне отделения вспомогательных репродуктивных технологий БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», то есть в домашних условиях, позволит проводить лечение непрерывно, что является обязательным условием для проведения программы ЭКО.

В связи с тем, что режим работы отделения вспомогательных репродуктивных технологий БУЗОО «ГКПЦ» организован по принципу работы дневного стационара - до 15:48 и с двумя выходными, мне рекомендовано введение инъекции препаратом подкожно в домашних условиях с наличием моего добровольного согласия и полных рекомендаций от сотрудников отделения вспомогательных репродуктивных технологий.

Я проконсультирована в полном объёме о проведении этапов программы ЭКО и ПЭ, о времени постановки указанных препаратов и строгом его соблюдении. Я ознакомилась с памяткой и получила её на руки. Обязуюсь следовать всем рекомендациям, полученных в отделении вспомогательных репродуктивных технологий БУЗОО «ГКПЦ».

Обязуюсь вернуть пустые упаковки использованного препарата.

Я предупреждена и понимаю, что при нарушении условий постановки лекарственного препарата и строгого соблюдения указанного в памятке времени, имеются риски возникновения нежелательных последствий - постинъекционные осложнения и нарушения стимуляции суперовуляции.

**Пациент (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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)

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

**Информированное добровольное согласие на  
анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

находясь на лечении, обследовании, родоразрешении в БУЗОО «ГКПЦ» города Омска добровольно даю свое согласие на проведение \_\_\_\_\_ мне \_\_\_\_\_ (название \_\_\_\_\_ вида обезболивания): \_\_\_\_\_ и возможность изменения анестезиологической тактики.

- Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщила правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать до, во время и после его проведения;

- Я предупреждена о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласна на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

- Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

- О последствиях \_\_\_\_\_  
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирована врачом анестезиологом-реаниматологом:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Пациент (ФИО):**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Врач (Ф.И.О., должность, подпись)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года