

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО

«Детская поликлиника на Ленинградке»

г. Москва, ул. Красноармейская, д. 23А

тел. (495) 150-60-03

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ
СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ПРОВЕДЕНИЕ СУТОЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ
ЭКГ/АД в АО «ДП на Ленинградке»

Я, _____, серия _____, номер _____, выдан _____, код подразд. _____, место рождения _____
Ф.И.О., данные официального документа подтверждающего личность пациента (законного представителя)

(адрес фактического проживания)

В соответствии со статьей 20 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (утв.21.11.2011 №323-ФЗ) информирован(а) о состоянии Пациента и подтверждаю свое добровольное согласие на проведение суточного мониторинга ЭКГ/АД моей/моему дочери/сыну

Ф.И.О. ребенка

Начало и окончание обследования, т.е. установка регистратора (манжеты, одноразовых электродов) пациенту и подготовка регистратора к началу работы, а также завершение обследования и снятие электродов/манжеты для измерения АД, производятся только в кабинете функциональной диагностики АО «ДП на Ленинградке» в соответствии с запланированным заранее временем.

В процессе проведения обследования (суточного мониторинга ЭКГ/АД), с целью предотвращения повреждения комплекта медицинского оборудования, пациентам ЗАПРЕЩАЕТСЯ самостоятельно производить:

- прекращение регистрации, снятие регистратора, электродов, манжеты для измерения АД;
- замену элементов питания;
- разбирать регистраторы, комплектующие элементы регистраторов или производить разъединение кабелей, шлангов, манжеты с регистратором;
- подвергать регистраторы и комплектующие регистраторов физическому (в т.ч. влиянию высоких и/или низких температур, ударам), химическому воздействию, жидкостей и т.п.

При возникновении проблем или вопросов, в период проведения обследования, необходимо поставить в известность врача функциональной диагностики по телефону, указанному в дневнике пациента, и выполнять его рекомендации.

Пациенты **ОБЯЗАНЫ:**

- соблюдать рекомендации медицинского персонала при проведении суточного мониторинга ЭКГ/АД;
- прибыть в кабинет функциональной диагностики на следующий день после начала обследования, в указанное в дневнике пациента время, для окончания регистрации ЭКГ/АД и снятия электродов, манжеты для измерения АД;
- Бережно относиться к регистраторам и комплектующим элементам.

Техника безопасности при проведении суточного мониторинга ЭКГ/АД, а также правила проведения обследования, дополнительно указаны в дневнике пациента.

С целью проведения суточного мониторинга ЭКГ/АД «ДП на Ленинградке» передает Пациенту (законному представителю Пациента) оборудование, необходимое для оказания услуги согласно Актам приема-передачи оборудования (Приложение №1), которые по мере их составления будут являться неотъемлемой частью настоящего добровольного информированного согласия.

Мне разъяснена и понятна техника безопасности, правила проведения суточного мониторинга ЭКГ/АД, а так же, мера ответственности в случае повреждения регистратора и/или комплектующих элементов указанных выше.

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенные мне (моему ребенку) обследование.

Настоящее согласие дано мной

_____/_____
подпись Пациента (законного представителя Пациента)

Г..

дата подписи

Согласие подписано в моем присутствии:

_____/_____
работник кабинета функциональной диагностики

Г..

дата подписи

**Акт приема-передачи оборудования на проведение суточной регистрации ЭКГ/АД
в АО «ДП на Ленинградке»**

1. С целью проведения суточного мониторинга ЭКГ/АД (ненужное зачеркнуть), в амбулаторных условиях, во временное пользование пациенту (законному представителю пациента) передается комплект оборудования медицинского назначения

_____ серийный номер _____

Комплект включает в себя: носимый портативный регистратор, элемент питания (аккумуляторная батарея), кабель пациента, соединительный шланг, одноразовые электроды, манжета для измерения уровня артериального давления, микрофон, чехол для регистратора.

2. Пациент обязан вернуть полученное в соответствии с п.1. настоящего Акта оборудование в срок не позднее 24 часов с момента начала получения оборудования.

3. Пациент (законный представитель Пациента) за причиненный материальный ущерб любому виду имущества АО «ДП на Ленинградке» (уничтожение, порча, повреждение, утеря и т.п.), за исключением форс-мажорных обстоятельств *, несвоевременный возврат оборудования обязуется произвести возмещение причиненных убытков в виде расходов, которые АО «ДП на Ленинградке» произвело или должно будет произвести на приобретение, восстановление, ремонт данного имущества, а также возместить размер упущенной выгоды.

При возникновении форс-мажорных обстоятельств необходимо незамедлительно, или в кратчайшее время после возникновения форс-мажорных обстоятельств, связаться с врачом функциональной диагностики или работниками регистратуры АО «ДП на Ленинградке» и сообщить о случившемся. Форс-мажорные обстоятельства должны быть документально подтверждены.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах - один для Пациента (законного представителя Пациента), второй для АО «ДП на Ленинградке» и является неотъемлемой частью Добровольного информированного согласия Пациента (законного представителя Пациента) на проведение суточной регистрации ЭКГ/АД в АО «ДП на Ленинградке».

Оборудование получил:

_____ /

Г. . _____

подпись Пациента (законного представителя Пациента)
время

дата

подпись

Оборудование передал:

_____ /

Г. . _____

Ф.И.О. врача
время

дата

подпись

(*) Форс-мажор – непредсказуемое событие (например, стихийное бедствие, военные действия, забастовки, революции и др.), не зависящие от воли сторон, участвующих в сделке, но ведущие к невозможности исполнения договорных обязательств.