

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЕЛОЭРГОМЕТРИЮ.

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача в письменной форме информированного добровольного согласия(отказа) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем ребёнка(мать, отец, усыновитель, опекун)

_____ (фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

возраст _____

(полных лет)

получив от медицинского работника ОБУЗ «ИОКЦМР»

_____ (фамилия, имя, отчество)

информацию о медицинском вмешательстве, даю согласие на проведение велоэргометрии.

Общая информация.

Тест с нагрузкой – исследование сердечно-сосудистой системы, в ходе которого регулярно измеряют Ваше артериальное давление и регистрируют ЭКГ в условиях физической нагрузки на велосипеде (велоэргометре).

Исследование позволяет оценить:

- Получает ли сердечная мышца достаточно крови во время нагрузки?
- Какую физическую нагрузку Вы переносите?
- Возникают ли у Вас во время физической нагрузки нарушения ритма или изменения артериального давления?
- Достаточно ли эффективны принимаемые Вами сердечные лекарства?

Подготовка к исследованию:

- Наденьте свободную, не препятствующую движениям одежду и удобную обувь, в которой можно крутить педали.
- Если Вы носите очки, наденьте их на время исследования, чтобы Вы могли видеть на экране показатели нагрузки.
- За 2 часа до нагрузочного теста можно съесть легкое блюдо, разрешено пить воду.
- В основном, в день проведения исследования рекомендуется принять принимаемые Вами обычно назначенные врачом лекарства, если врач не дал Вам иных рекомендаций.
- Возьмите с собой направление на исследование и результаты раньше проведенных ЭКГ, а также ответы ранее проведенных исследований сердца, если таковые имеются.
- Исследование длится 30-40 минут, по возможности просим Вас быть на месте на 5-10 минут раньше. Может случиться и так, что проведение Вашего исследования задержится из-за неотложной работы или опоздания предыдущего пациента.

Проведение исследования.

Перед началом теста с нагрузкой на обнаженную верхнюю часть тела закрепляют электроды (мужчинам при необходимости бреют зону крепления электродов), на плечо устанавливают манжету для измерения артериального давления. После этого пациент садится на велосипед (велоэргометр) и едет в темпе ~1 оборот в секунду (показатель шкалы 60). Нагрузка назначается врачом в зависимости от заболевания и тренированности пациента.

Ехать следует до появления усталости или жалоб (боль в груди, головокружение, одышка и пр.), о которых нужно незамедлительно сообщить проводящей исследование медсестре. В случае изменений на ЭКГ или чрезмерного повышения артериального давления исследование прекратит врач.

После исследования.

В отдельных случаях возможно ухудшение состояния (усугубление основного заболевания). Изредка на следующий день имеется болезненность ножных мышц.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал/а данный документ и полностью понял/а его содержание. Я извещен/а о сути и о возможных рисках исследования.

Перед тем, как дать свое согласие, я получил/а удовлетворившие меня ответы на каждый из своих вопросов об этой процедуре и сопутствующих рисках и осложнениях.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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),

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ подпись _____

(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

_____ подпись _____
(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата оформления _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, паспорт

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

“ _____ ” _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций.

“ _____ ” _____ 20__ г. _____ / _____