Форма «Информированное добровольное согласие пациента

на дистанционное наблюдение за состоянием здоровья»

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**добровольно даю свое согласие на проведение мне в соответствии с назначением лечащего врача дистанционного мониторинга артериального давления и частоты пульса.**

**Врач проинформировал меня о технологии дистанционного наблюдения за показателями состояния моего здоровья и дистанционного консультирования, показаниях к назначению, способе
и длительности проведения, методике оказания, возможных побочных и нежелательных эффектах.**

**Мне разъяснено, что целью данной медицинской технологии является проведение длительного динамического наблюдения за показателями моего здоровья с использованием цифровых медицинских изделий, обеспечивающих беспроводную передачу результатов измерений.**

**Я проинформирован(на) и согласен(на) с тем, что дистанционное наблюдение осуществляется
за показателями состояния моего здоровья и не допускается передача выданного мне персонального медицинского прибора третьим лицам в целях обеспечения «персональной достоверности» поступающих данных измерений.**

**Я проинформирован(на) и согласен(на) с тем, что дистанционное наблюдение за показателями моего здоровья может осуществляться по решению лечащего врача другими медицинскими организациями (медицинскими центрами дистанционного наблюдения).**

**Я ознакомлен(а) с показаниями к оказанию медицинской помощи:**

**● наличие и/или риск развития хронического заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы требующего проведения диспансерного наблюдения, в том числе с применением телемедицинских технологий;**

**● наличие возможности самостоятельного измерения физиологических параметров организма;**

**● наличие технической возможности реализации дистанционного наблюдения.**

**Я ознакомлен(а) с целями оказания медицинской помощи:**

**● обеспечить возможность для своевременного направления медицинскому работнику сведений о показателях здоровья, зафиксированных с использованием персональных медицинских изделий;**

**● повысить оперативность общения с врачом в ситуациях, требующих консультаций, в целях коррекции плана диагностики и/или лечения для снижения вероятности развития осложнений
и обострений имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем;**

**● снизить число очных обращений к лечащему врачу за медицинской помощью;**

**● обеспечить своевременность оказания медицинской помощи на основании объективных данных состояния моего здоровья;**

**● повысить качество моей жизни, в целом.**

**Я ознакомлен(а) и согласен(а) с порядком оказания медицинской помощи:**

**● измерение (условия, частота, кратность) показателей моего здоровья осуществляются
в соответствии с типом программы дистанционного наблюдения, назначенной лечащим врачом. Каждый сеанс измерения АД и частоты пульса состоит из трех последовательных измерений с интервалом
60 секунд 2 раза в день. Каждый сеанс измерения глюкозы капиллярной крови состоит из однокаратного взятия крови из пальца 4 раза в день.**

**● в период мониторинга мне будут поступать информационные сообщения, телефонные звонки для информирования о назначенном типе программы наблюдения, ходе наблюдения, порядка получения технической поддержки при неполадках в работе персонального медицинского прибора;**

**● мне разъяснено, что на этапе подбора/коррекции плана лечения измерения осуществляются более интенсивно, чем на этапе контроля эффективности плана лечения;**

**● продолжительность этапа подбора/коррекции плана лечения может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев до момента устойчивого удержания измеряемых показателей здоровья
в рамках целевых уровней, определяемых лечащим врачом;**

**● в период мониторинга мне может быть оказана информационно-консультативная поддержка при обнаружении, что показатели состояния моего здоровья достигли критических значений,
что установлено врачом как основание для экстренного реагирования;**

**● врач разъяснил мне рекомендации по самостоятельным действиям в случаях достижения критических значений показателями состояния моего здоровья в целях предотвращения возможного развития жизнеугрожающих состояний;**

**● при отсутствии поступления результатов диагностики в соответствии с назначенной лечащим врачом программой дистанционного наблюдения мне будут поступать напоминающие информационные сообщения, телефонные звонки оператора;**

**● в случае нарушения программы мониторинга или отсутствия технической возможности для передачи результатов измерений, или невозможности связи со мной лично, или выявления фактов передачи мною выданного мне персонального медицинского изделия третьим лицам оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий может быть прекращено.**

**Я предупрежден(а) о возможных осложнениях (рисках):**

**● риски дистанционного наблюдения – это риски, связанные с особенностями проведения наблюдения, сопряженные со сбором информации о состоянии здоровья на расстоянии; возможны технические неполадки в работе средств связи и задержка при передаче результатов измерений;**

**● при дистанционном наблюдении врач не видит больного, не имеет возможности провести осмотр, что может явиться причиной ошибок в выданных заключениях и рекомендациях;**

**● дистанционное наблюдение не является аналогом или заменой очных врачебных консультаций.**

**Я предупрежден(а), что дистанционное наблюдение не является само по себе инструментом экстренного реагирования врача на неотложные ситуации. В случае достижения показателями состояния моего здоровья предельных значений, я обязан самостоятельно выполнять действия, определенные лечащим врачом, а именно:**

**● обеспечить прием лекарственных препаратов и иные действия медицинского характера;**

**● лично обратиться в службу скорой и/или неотложной медицинской помощи;**

**● обеспечить выполнение интервалов измерения показателей состояния здоровья: проводить измерения соответствующих показателей не реже чем каждые 60 мин.(в случае измерение АД и частоты пульса);**

**● обеспечить готовность к контакту, инициируемому медицинским сотрудником:**

**– ответить на телефонный звонок (сотрудником выполняется до 3-х попыток установления
со мной голосовой связи в течение 45 минут с момента выявления соответствующего события);**

**– получить направленное текстовое сообщение с рекомендациями в случае невозможности установления со мной голосового контакта;**

**● обеспечить взаимодействие с врачом по факту инициации им консультации (очная
или дистанционная форма) в целях получения от врача информации по дальнейшей тактике моего наблюдения и/или лечения.**

**Мне объяснено, что в случае прекращения проведения дистанционного наблюдения по любой причине, мне будет продолжено диспансерное наблюдение по традиционной схеме в очной форме
в порядке и объеме, установленными действующим законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения.**

**Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, анестезиологических пособиях (с указанием места и времени проведения), заболеваниях (в том числе хронических),
об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.**

**Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, вредных привычках, а также
об употреблении алкоголя, наркотических, или токсических веществ.**

**Я обязуюсь сразу обратиться к лечащему врачу, если появятся нежелательные явления или другие побочные эффекты (обострение хронических заболеваний) в целях коррекции дальнейшего наблюдения, лечения.**

**Я разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья (диагноз, степень тяжести, характер заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований и другая медицинская информация) медицинским организациям, оказывающим услугу дистанционного наблюдения
за показателями состояния моего здоровья.**

**У меня была возможность задать врачу интересующие меня вопросы относительно запланированных услуг, альтернативных форм лечения, результатов, рисков и иных угроз для здоровья, связанных с проведением технологии. Врач полностью ответил на все мои вопросы. Вся информация, которую я получил(а) в ходе консультирования была изложена на доступном и понятном мне языке
и продублирована на бумажном носителе (выдана на руки памятка).**

**С учетом сообщенных мне сведений в соответствии со статьей 20 Федерального закона
от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я даю информированное добровольное согласие на оказание мне вышеуказанной медицинской помощи
по консультированию и дистанционному наблюдению состояния моего здоровья.**

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и даю добровольное информированное согласие на указанный вид медицинского вмешательства.**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.**

***Подпись пациента***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись Ф.И.О.**

***Подпись законного представителя (заполняется при необходимости*)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись Ф.И.О.**

***Пациент (законный представитель) подписался в моем присутствии:***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись Ф.И.О. медицинского работника**