

**ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение повторного диагностического исследования биологического материала**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места регистрации)

в соответствии с пунктом 20 Приказа Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований», частью 3 пункта 5 статьи 19, статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **добровольно даю согласие на получение консультации врача – патологоанатома ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России и проведение повторного диагностического исследования моего биологического материала.**

Наименование медицинской организации, которая проводила первое диагностическое исследование биологического материала: \_\_\_\_\_

Вид биологического материала, который передается на исследование: \_\_\_\_\_

Форма передачи биологического материала на исследование: \_\_\_\_\_

**Цель проведения повторного диагностического исследования биологического материала:**

**Метод проведения повторного диагностического исследования биологического материала:**

**Результат проведения повторного диагностического исследования биологического материала:**

Заключение по результатам повторного диагностического исследования биологического материала по форме № 014-1/У (протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала).

**Риски, связанные с повторным диагностическим исследованием биологического материала:**

**Я информирован(на)**, о наличии у меня права отказаться от проведения прижизненного патолого-анатомического исследования как до начала его проведения, так и в процессе его проведения. Меня информировали, что такой отказ оформляется письменно.

**Я проинформирован(а) и даю согласие** на то, что исследование моего биологического материала может производиться только медицинскими работниками ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России. Мой биологический материал не будет передаваться в другие медицинские организации.

**Я подтверждаю, что имел(а)** возможность задать врачу – патологоанатому все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы. Мне понятны цель, метод, результат повторного проведения диагностического исследования моего биологического материала.

На основании вышеизложенного, **я добровольно принимаю решение и даю согласие на повторное проведение диагностического исследования моего биологического материала.**

Пациент/или представитель пациента \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Результаты повторного проведения диагностического исследования моего биологического материала передаются мне лично в руки/по адресу электронной почты/по почте России.**

\_\_\_\_\_ (указать способ передачи)

Мне разъяснено, что при передаче результатов по открытым каналам связи (электронная почта) ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России не несет ответственность в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Заключение по результатам повторного диагностического исследования биологического материала может быть передано следующим лицам/не может передаваться третьим лицам:

---

---

---

(указать Ф.И.О, контактные данные)

*Если по каким – либо причинам пациент не может собственноручно подписать настоящее информированное добровольное согласие, согласие пациента на перечисленные в нем медицинские вмешательства заверяется подписью двух медицинских работников отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России:*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.  
(указать Ф.И.О. полностью) (дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.  
(указать Ф.И.О. полностью) (дата)