

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Информированное добровольное согласие пациента
(если пациент не достиг 15 лет или в установленном порядке признан недееспособным, подписывается законным представителем пациента)

Я, (Ф.И.О. полностью, дата рождения) _____

ФИО законного представителя (если пациент не достиг 15 лет или в установленном порядке признан недееспособным) _____

проживающий по адресу (точный адрес) _____

Паспорт: серия _____, номер _____, выдан (где, кем и дата выдачи) _____

Контактный телефон _____

получил(а) в безвозмездное пользование в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи согласно действующему Приказу Минздрава России «О порядке формирования и утверждения государственного задания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» медицинский аппарат — инсулиновую помпу «_____», серийный номер _____.

Я предупрежден (а), что в настоящее время обеспечение расходными материалами для инсулиновой помпы в рамках высокотехнологичной медицинской помощи не осуществляется.

Я прошел обучение основам помповой инсулинотерапии по следующим темам:

1. Принципы помповой инсулинотерапии.
2. Основные технические инструкции по использованию инсулиновой помпы.
3. Индивидуальный выбор инфузионного набора.
4. Самоконтроль гликемии.
5. Коррекция базальной дозы.
6. Болюс во время приема пищи и корректирующий болюс.
7. Поведение в случае гипергликемии.
8. Поведение в случае кетоацидоза.
9. Поведение в случае гипогликемии.
10. Спорт и физическая активность.
11. Инсулиновая помпа и повседневная жизнь.
12. Общая информация об инсулиновой помпе.

Я предупрежден(а) о неблагоприятных последствиях несоблюдения вышеперечисленных правил поведения при использовании инсулиновой помпы.

«_____» _____ 20_____ г.

Подпись пациента (или его законного представителя)

Подпись

ФИО

Подпись врача

Пациент подписался в моем присутствии:

Подпись

ФИО