



დანართი N 13

დამტკიცებული 2009წ19/03 #108/ნ ბრძანებით

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო

მომსახურების გაწევაზე

მე -----(სახელი გვარი)-----

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა მომაწოდა შემდეგი ინფორმაცია:

1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ: ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევის არსებობისას სამედიცინო მომსახურება მოიცავს კლინიკო-ლაბორატორიული, რადიოლოგიური და ინსტრუმენტული კვლევების კომპლექსს დიაგნოზის დადგენისა და შემდგომში ადეკვატური მკურნალობის დანიშვნის მიზნით.

2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ: ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევის არსებობისას სამედიცინო დახმარების რეკომენდირებული მოცულობის გამოყენების შედეგად ხდება პაციენტის დიაგნოზის დაზუსტება.

3. პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ან მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ: ცალკეული კვლევების ჩატარებისას პაციენტს შეიძლება განუვითარდეს გარკვეული სახის გართულებები, რაზედაც წინასწარ იქნება წერილობითი ინფორმირებული მანიპულაციის ჩატარების წინ.

4. განზრახული სამედიცინო მომსახურების, სხვა ალტერნატიული ვარიანტებისა, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ: ტუბერკულოზის სადიაგნოზოდ მოწოდებულია კლინიკო-ლაბორატორიული, რადიოლოგიური და ინსტრუმენტული გამოკვლევების კომპლექსი. დიაგნოზის დასადგენად სხვა ალტერნატივა არარსებობს.

5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ: სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის შემთხვევაში შეუძლებელი დაავადების ზუსტი დიაგნოზირება.

6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ: ტუბერკულოზზე ე სავარაუდო შემთხვევის არსებობისას სამედიცინო დახმარების რეკომენდირებული მოცულობა საქართველოს მოქალაქეებისათვის და საქართველოში

რეგისტრირებული მუდმივად მცხოვრები პირებისათვის სრულად ფინანსირდება ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის ფარგლებში და პაციენტისათვის უფასოა. სხვა ქვეყნების მოქალაქეებისათვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფა ხორციელდება პაციენტის ან მისი სპონსორების მიერ.

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

ექიმი ----- ხელმოწერა -----

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე, რასაც ადასტურებს ხელმოწერით:

პაციენტი ----- ხელმოწერა -----

პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის: -----

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე რასაც ადასტურებს ხელმოწერით:-----

პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის:-----

თარიღი: -----