

Информированное добровольное согласие на участие в программе «Дистанционное наблюдение за пациентами с артериальной гипертензией групп риска с использованием цифровых и телемедицинских технологий в г. Санкт-Петербурге»

Я, ---, ----, года рождения, проживающий(ая) по адресу: Санкт-Петербург г, Софийская ул, д.?, к.?, кв.? номер телефона: домашний телефон: , домашний телефон: +7111111111, домашний телефон: +7(111)111-11-11, домашний телефон: +7(777)777-77-77 **подтверждаю то, что проинформирован(а) медицинским работником --- Г., Терапевт** о проекте «Дистанционное наблюдение за пациентами с артериальной гипертензией групп риска с использованием цифровых и телемедицинских технологий в г. Санкт-Петербурге» и даю информированное добровольное согласие на участие:

в программе **«Коррекция терапии»** - программа дистанционного наблюдения, которая назначается лечащим врачом в период верификации диагноза и подбора/коррекции лекарственной терапии в целях достижения целевых уровней артериального давления;

В рамках программы «Коррекция терапии», обязуюсь:

- ежедневно, два раза в день (с 9 до 19 часов) проводить измерение артериального давления и передавать показания через личный кабинет или по телефону;
- соблюдать рекомендации лечащего врача.

Срок действия программы «Коррекция терапии»: 2 - 6 недель.

в программе **«Контроль терапии»** - программа дистанционного наблюдения, которая назначается при достижении пациентом целевых уровней артериального давления и их удержании в течение установленного периода.

В рамках программы «Контроль терапии», обязуюсь:

- два раза в неделю проводить измерение артериального давления и передавать показания через личный кабинет или по телефону;
- соблюдать рекомендации лечащего врача;
- после завершения программы явиться в назначенное лечащим врачом время для диспансерного осмотра.

Срок действия программы «Контроль терапии»: 2-3 мес.

СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ ПОКАЗАНИЙ артериального давления: через личный кабинет пациента; на портале **Onlinelpu.ru**

Для участия в программе соглашаюсь:

- на создание личного кабинета в медицинской информационной системе;
- на доступ лечащего врача к данным личного кабинета;
- на получение оповещений на электронную почту в рамках программы;
- в случае, если я не отвечаю на звонки по указанному мною номеру телефона, соглашаюсь на получение информации о состоянии моего здоровья у _____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи (дистанционно, амбулаторно) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника 56»;

на обработку моих персональных данных (а именно фамилии, имени, отчества, даты рождения, номера телефона, адреса электронной почты, адреса места постоянного и временного проживания, места работы, паспортные данные, номер СНИЛС, данные полиса ОМС), то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»; согласие действует бессрочно.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Настоящим подтверждаю, что медицинским работником проведено углубленное профилактическое консультирование по следующим проблемам:

- меры самопомощи при гипертоническом кризе;
- правила измерения артериального давления (нормативы, целевые уровни АД, в том числе и с учетом возраста пациента, и особенностей течения заболевания);
- режим самоконтроля артериального давления в домашних условиях.

Медицинский работник ответил на все интересующие меня вопросы в рамках программы, мною получена памятка.

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением дистанционного мониторинга артериального давления, и дал ответы на все вопросы.

Врач-терапевт участковый _____

Гп

(подпись)

10.12.2021 г.