

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Информированное добровольное согласие на выполнение операции кесарево сечение

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г.
№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
19___ года рождения, проживающая по адресу: _____
_____ поставлена в известность, что я

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
паспорт: _____
(серия, номер паспорта)
выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)
(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь в палате (родзале) № _____ в _____
(вписать наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр» добровольно даю свое согласие на проведение мне
(представляемому) операции: _____

(наименование оперативного вмешательства)

и прошу медицинский персонал бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного
округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлена (ознакомлен) с характером предстоящей мне
(представляемому) операции. Мне (представляемому) разъяснены, и я понимаю особенности
и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне (представляемому) разъяснено и я осознаю, что во время операции могут
возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна
(согласен) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупреждена (предупрежден) о факторах риска и понимаю, что проведение
операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений,
нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма,
непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупреждена (предупрежден), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно _____ (вписать даю - в случае согласия, не даю - в случае отказа) согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я _____ (вписать согласна (согласен) - в случае согласия, не согласна (согласен) - в случае отказа) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне (представляемому) исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены, мною (представляемым) понятны и добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(наименование оперативного вмешательства)

Мне (представляемому) объяснено, что кесарево сечение является серьезным оперативным вмешательством, при котором возможны осложнения во время проведения операции и в послеоперационном периоде:

- кровотечение;
- ранение мочевого пузыря и кишечника;
- гнойно-септические осложнения: воспаление матки, несостоятельность шва на матке, перитонит, сепсис;
- спаечная болезнь органов малого таза;
- тромбоэмболия легочной артерии.
-

В случае возникновения осложнений, угрожающих жизни, возможно расширение объема операции (вплоть до удаления матки), без моего (представляемого) согласия;

Необходимое время после операции я буду проходить лечение в отделении анестезиологии - реанимации (ОАР), как и все послеоперационные больные.

Я не возражаю против участия в моей (представляемого) операции специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных специалистов.

Своей подписью подтверждаю, что мною (представляемым) получена вся интересующая информация в доступной для меня (представляемого) форме, объяснены возможные осложнения, как во время операции, так и после нее.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мое (представляемого) согласие является добровольным и основано на полученной мною (представляемым) достаточной информации.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О.

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

дата