

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АУТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ПОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

Отказ от выполнения 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. пациентки - полностью)
19___ года рождения, проживающая (ий) 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)

бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр» отказываюсь от проведения мне (представляемому)
операции: _____

(наименование оперативного вмешательства)

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

- Мне (представляемому) разъяснено и я осознаю, что во время операции могут
возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

- 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 отказываюсь от переливания донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- 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 отказываюсь от проведения мне (представляемому) операции

(наименование оперативного вмешательства)

Мне (представляемому) объяснено, что запоздалое согласие на кесарево сечение повышает риск развития нижеперечисленных осложнений.

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;

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.

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. Мой (представляемого) отказ является добровольным и основан на полученной мною (представляемым) достаточной информации.

Дополнительная информация:

Примечание:

Согласие (отказ) 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.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача