

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

Информированный добровольный отказ от выполнения индукции родов
« _____ » _____ 20 ____ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. Ж323-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 госпитализирована в
_____ бюджетное учреждение Ханты-Мансийского
(вписать наименование отделения)
автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

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)

отказываюсь от выполнения всех назначений и манипуляций, необходимых для моего (представляемой) родоразрешения с помощью индуцирования родов посредством амниотомии, введением простагландинов.

Я полностью проинформирована (проинформирован) о способе индукции родов и необходимости его выполнения.

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что:

Специалисты бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» окажут мне квалифицированную медицинскую помощь с целью моего обследования, лечения, родоразрешения.

Я знаю, что исход родов для меня (представляемой) и моего (представляемой) ребёнка зависит не только от качества медицинской помощи, но и от состояния моего (представляемой) здоровья, течения беременности и родов.

Во время индуцирования родов возможны различные осложнения:

- Преждевременное излитие околоплодных вод;
- Асфиксия плода;
- Кровотечение от различных акушерских причин;
- Неэффективность индукции родов.

Вышеперечисленные осложнения, возможно, потребуют оперативного родоразрешения.

Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Моё (представляемой) согласие является свободным и основано на полученной мною (представляемой) достаточной информации.

Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом - акушером - гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с выполнением индукции родов. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я добровольно _____ от выполнения индукции родов.
(вписать «отказываюсь» - в случае отказа)

Я поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от выполнения индукции родов, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью мне (представляемой) и моего (представляемой) ребенка, за все последствия отказа от выполнения индукции родов я возлагаю только на себя.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение, обследование) 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