

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированный добровольный отказ от лечебно-диагностического исследования
(маммотом, маммотест, биопсия, пункция), планового оперативного лечения на молочной
железе**

« ____ » _____ 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 _____ № _____

Я _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19 ____ года рождения, проживающая по адресу: _____

_____ поставлена в известность, что
я госпитализирована в _____ бюджетного учреждения 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)

Настоящим подтверждаю свой (представляемого) отказ от проведения мне (представляемому)
исследования (манипуляции), оперативного лечения _____

(наименование исследования (манипуляции), оперативного лечения)

которая (которое) позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего (представляемого) здоровья,
определить ход дальнейшего наблюдения и лечения.

Я полностью владею информацией о характере предстоящего (предстоящей) исследования
(манипуляции), объема оперативного лечения и возможном развитии неприятных ощущений и
осложнений:

- болевых ощущений;
- повышенной кровоточивости;
- тромбозе, развитии неприятных ощущений и осложнений;
- воспалительных явлениях;
- обострении сопутствующих заболеваний;
- аллергических реакциях;

- механическом повреждении органа;
- возможности неблагоприятного жизненного прогноза;
- осложнениях наркоза.

Я предупреждена (предупрежден) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования (манипуляции), операции:

- прогрессирование заболевания;
- малигнизация (озлокачествление).

Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе исследования (манипуляции), оперативного лечения и врач дал понятные мне (представляемому) исчерпывающие ответы.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мой (представляемого) отказ является свободным и основан на полученной мною (представляемым) достаточной информации.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены, мною (представляемым) понятны и добровольно отказываюсь от _____

(вписать наименование исследования (манипуляции), оперативного лечения)

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

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.

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