

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированный добровольный отказ от проведения малоинвазивной манипуляции  
(гистероскопии, вакуум-аспирации полости матки)**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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 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)

не согласна (не согласен) на выполнение малоинвазивной манипуляции, необходимой для моего (представляемого) обследования и лечения возникших осложнений.

Мне (представляемому) объяснено, что данная операция сопряжена с определенным риском:

- кровотечение,
- воспалительный процесс,
- перфорация матки.

В случае возникновения осложнений может потребоваться расширение объема операции, вплоть до удаления матки.

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 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 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 и может потребоваться переливание 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 добровольно отказываюсь от \_\_\_\_\_

---

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

