

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на консервативную терапию открытого
артериального протока препаратом «Нурофен»**

«___» _____ 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 _____ № _____

Я, _____

(Ф.И.О. пациентки - полностью)

19__ года рождения, проживающая(ий) 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)

По моему (представляемого) добровольному согласию и рекомендации лечащего врача прошу
провести моему (представляемого) ребенку консервативное лечение открытого артериального
протока препаратом «Нурофен».

Мне (представляемому) разъяснены состояние здоровья моего (представляемого) ребенка и
показания к назначению препарата «Нурофен».

С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный моему
(представляемого) ребенку диагноз, ознакомлена (ознакомлен).

1. Настоящим я доверяю медицинскому персоналу бюджетного учреждения Ханты-
Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»
выполнять все необходимые моему (представляемого) ребенку вмешательства и манипуляции для
подготовки к консервативной терапии открытого артериального протока.

2. Я информирована (информирован) о методике проведения предстоящего
консервативного лечения артериального протока и связанных с ним риском и возможным
развитии осложнений и последствий:

- желудочно-кишечного кровотечения;
- диспептические расстройства;
- тромбоцитопения;
- снижение выделения натрия;

3. Я ознакомлена (ознаколен) с изменением состояния здоровья моего (представляемого) ребенка, требующего предстоящего лечения артериального протока, а также возможном применении других методов лечения лечащим врачом или врачами-консультантами .

4. Мне (представляемому) разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п. 1. настоящего согласия, поэтому доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые действия, которые врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах здоровья моего (представляемого) ребенка.

5. Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с лечением заболевания моего (представляемого) ребенка и последующим реабилитационным периодом. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемого) ответы и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

6. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение данного медицинского вмешательства моему (представляемого) ребенку.

7. Содержание настоящего документа мною (представляемым) прочитано, разъяснено мне (представляемому) врачом, оно мне (представляемому) полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

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

