

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на оказание интенсивной терапии и (или)
реанимационной помощи новорожденному**

« ____ » _____ 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: _____

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)

_____ свое согласие на оказание интенсивной терапии и (или)
(вписать «даю» - в случае согласия)

реанимационной помощи моему (представляемого) новорожденному ребенку, как в родильном зале, так и в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Я понимаю, что перинатальные осложнения (в родах и после родов) у ребенка зависят не только от качества медицинской помощи в родах, но, в большей степени, и от состояния здоровья матери ребенка и течения её беременности.

Беременность и роды чреваты различными осложнениями со стороны плода (новорожденного):

- Асфиксия новорожденного.
- Проявления внутриутробного инфицирования: аспирация (заглатывание) мекония, воспалительные заболевания: кожи (везикулопустулез), пупочной ранки (омфалит), глаз (конъюнктивит), слизистой носа (ринит); внутриутробная пневмония, сепсис.
- Заболевания, характерные для перинатального периода (желтуха, геморрагическая болезнь, родовая травма, гемолитическая болезнь).

При возникновении вышеперечисленных осложнений, возможно, потребуется интенсивное лечение новорожденного после родов, вплоть до проведения реанимационных мероприятий, при наличии показаний - возможен перевод новорожденного в специализированные отделения.

Я ознакомлена (ознакомлен) с тем, что специалисты бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» при необходимости окажут моему (представляемого) ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов неонатальной помощи.

Я _____ (вписать «доверяю» - в случае согласия) врачам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченным врачам - консультантам других ЛПУ выполнять моему (представляемого) ребенку следующие инвазивные исследования, инвазивные вмешательства, операции, манипуляции:

- интубацию трахеи,
- искусственную вентиляцию легких (ручным и аппаратным методами),
- пункцию и дренирование плевральной полости, люмбальные пункции,
- пункцию и катетеризацию центральных и периферических сосудов,
- забор крови и других биологических сред для исследования,
- инструментальные методы исследования (ультразвуковую диагностику, доплерографию, рентгенологические исследования с контрастированием и без контрастирования, компьютерную томографию, магнитно - резонансную томографию, лапароскопию и др.)
- медикаментозную терапию, в том числе - инфузионную терапию, медикаментозное обезболивание, внутримышечные инъекции, подкожные инъекции)
- парентеральное питание (введение питательных веществ внутривенно),
- зондирование желудка, пищевода, катетеризацию мочевого пузыря,
- зондовое питание,
- транспортировку реанимобилем.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая инвалидизацию и смерть, мне (представляемому) известны. Я поняла (понял) разъяснения врача.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения иного вмешательства, исследования или операции, не указанных выше, поэтому я доверяю врачам бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченным врачам - консультантам других ЛПУ принять соответствующие решения, в соответствии с их профессиональной компетенцией, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения состояния моего (представляемого) ребенка.

Учитывая, что новорожденному будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции я добровольно _____ свое согласие
(вписать «даю» - в случае согласия, «не даю» - в случае отказа)

на ограничение моей (представляемого) и моего (представляемого) ребенка приватности во время нахождения в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Мне разъяснены возможные последствия моего (представляемого) отказа от оказания реанимационной помощи и (или) интенсивной терапии новорожденному ребенку:

- ухудшение тяжести состояния ребенка,
- поздняя или неправильная диагностика заболевания, и соответственно - лечение,
- инвалидизация или смерть ребенка.

В случае отказа от обследования и лечения своего ребенка всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Я _____ свое согласие на осмотр студентами
(вписать «даю» - в случае согласия, «не даю» - в случае отказа)
медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных и обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моего (представляемого) ребенка следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Я разрешаю посещение в лечебном учреждении моего (представляемого) ребенка следующим гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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