

Приложение №34  
к приказу БУ «Сургутский клинический  
перинатальный центр»  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2014 г.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на катетеризацию центральной вены**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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  
\_\_\_\_\_ 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 мне (представляемому) операцию катетеризации центральной вены под местной анестезией.

Мне объяснено, что катетеризация центральной вены сопряжена с определенным риском и возможные следующие осложнения:

- тромбофлебит

- пневмоторакс
- пункция артерии
- нагноение места пункции
- миграция катетера

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

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

Я добровольно \_\_\_\_\_ свое согласие на выполнение операции катетеризации центральной вены и прошу медицинский персонал бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» о его проведении.

---

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