

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на проведение химиопрофилактики
передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку во время беременности**

« ____ » _____ 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
(вписать наименование отделения)

учреждения Ханты-Мансийского 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 свое (представляемой) добровольное согласие на прием
лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего
(представляемой) будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне (представляемой) разъяснено, почему проведение данной
профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне (представляемой) и моему
(представляемой) будущему ребенку препаратов, что я получила (получил)
информационный листок для больного и ознакомилась (ознакомился) с ним.

Я проинформирована (проинформирован), что:

- по состоянию моего (представляемой) здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции
мне (представляемой) в настоящее время не нужно, и назначаемые мне (представляемой)
препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего
(представляемой) будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время
беременности и родов;

- назначенные мне (представляемой) препараты должны подавлять размножение вируса в моем (представляемой) организме и предотвратить их проникновение в организм моего (представляемой) будущего ребенка;

- чем лучше я (представляемая) буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой (представляемой) будущий ребенок будет заражен;

- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною (представляемой) всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего (представляемой) будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне (представляемой) химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною (представляемой) с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

- все назначаемые мне (представляемой) и моему (представляемой) будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в Российской Федерации;

- как и любое лекарственное средство, назначенные мне (представляемой) и моему (представляемой) будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована (информирован);

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему (представляемой) здоровью, я (представляемая) буду проинформирована (проинформирован) об этом для принятия мною (представляемой) решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей (представляемой) жизни или жизни моего (представляемой) будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне (представляемой) должны быть разъяснены причины этого решения;

- назначенная мне (представляемой) химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему (представляемой) желанию и в этом случае, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью моего (представляемой) будущего ребенка, за все последствия отказа возлагаю только на себя;

- после родов я (представляемой) не должна прикладывать моего (своего) ребенка к груди и/или кормить его моим (своим) грудным молоком, так как это повысит риск его заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Я (представляемая) обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне (представляемой) препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

- принимать назначенные мне (представляемой) лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях, в приеме назначенных мне (представляемой) препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего (представляемой) здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я (представляемая) считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне (представляемой) препаратов;

- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне (представляемой) химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа (информированное добровольное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности), положения которого мне (представляемой) разъяснены, мною (представляемой) понятны и добровольно даю свое согласие на лечение в предложенном объеме.

Я подтверждаю, что прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное, имела (имел) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемую) ответы, и у меня (представляемой) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (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