

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 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 свой (представляемой) добровольный отказ от приема 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 поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от химиопрофилактики, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью моего (представляемой) будущего ребенка, за все последствия отказа я возлагаю только на себя.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа (информированный добровольный отказ от проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности), положения которого мне (представляемой) разъяснены, мною (представляемой) понятны и добровольно отказываюсь от предложенного объема химиопрофилактики передачи ВИЧ – инфекции моему (представляемой) будущему ребенку.

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