

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированный добровольный отказ от оперативного вмешательства, в т.ч.
заменного переливания крови и ее компонентов 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 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)

Добровольно отказываюсь от проведения моему (представляемого) ребенку
операции заменного переливания крови (свежезамороженная плазма, эритроцитарная
масса).

Мне (представляемому) разъяснены состояние здоровья моего (представляемого)
ребенка и показания к заменному переливанию компонентов крови, механизмы действия
данных препаратов, а также объем инфузии (переливания).

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

Настоящим я отказываюсь от выполнения всех необходимых моему
(представляемого) ребенку вмешательств и манипуляций (обеспечение венозного доступа
путем катетеризации вены, введение необходимых лекарственных средств и
инфузионных растворов).

Я информирована (информирован) о предложенной методике операции переливания крови _____

(вписать наименование трансфузионной среды)

связанным с ней риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущениях при обеспечении венозного доступа; 2) инфекционной опасности (передача гемотрансмиссивных инфекций: ВИЧ, сифилис, гепатит, герпес, цитомегаловирус и др.) 3) тромбозе, эмболии (закупорке сосудов) при проведении инфузионной терапии; 4) воспалительных или аллергических явлениях в области пункции и катетеризации сосуда; 5) аллергических реакциях, вплоть до анафилактического шока при непосредственном введении препаратов крови, либо при введении необходимых лекарственных препаратов, инфузионных растворов (включая аллергические и анафилactoидные реакции на цитрат); 6) осложнений связанных с несовместимостью переливаемых компонентов крови (острый гемолиз, отек легких, острая почечная недостаточность и др.).

Я ознакомлена (ознакомлен) с составом и объемом переливаемых компонентов крови, с возможным изменением инфузионной и медикаментозной терапии в случае непереносимости моим ребенком тех или иных препаратов донорской крови, изменением состояния здоровья моего ребенка, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены лечащим врачом или врачами-консультантами.

Мне (представляемого) объяснено, что перед переливанием _____

(вписать название трансфузионной среды)

моему (представляемого) ребенку будет переопределена группа крови и резус-фактор с использованием современных гелевых технологий (ID-карты с моноклональными антителами), а также проведены все необходимые пробы на совместимость по групповой и резус-принадлежности.

Мне (представляемого) объяснено, что во время проведения процедуры с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг гемодинамических показателей (АД, ЧСС, сатурация), а при необходимости контроль лабораторных показателей.

Мне разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п.3. я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах здоровья моего ребенка.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания моего (представляемого) ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированный отказ от проведения данного медицинского вмешательства моему (представляемому) ребенку.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Я поставлена (поставлен) в известность, что в случае отказа от выполнения индукции родов, любую ответственность за причинение вреда жизни и здоровью моему (представляемому) ребенку, за все последствия отказа я возлагаю только на себя.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство 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.