

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, 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)

По моему (представляемого) добровольному согласию и рекомендации лечащего  
врача прошу провести моему (представляемого) ребенку операцию заменного  
переливания крови (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса) (нужное подчеркнуть).

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 (ознакомлен).

Настоящим я доверяю Врачу-анестезиологу - реаниматологу \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. врача)

в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнять все необходимые моему (представляемого)  
ребенку вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа путем  
катетеризации вены, введение необходимых лекарственных средств и инфузионных  
растворов).

Я информирована о методике предстоящей операции переливания \_\_\_\_\_

(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 анафилактоидные реакции на цитрат); 6) осложнений связанных с несовместимостью переливаемых компонентов крови (острый гемолиз, отек легких, острая почечная недостаточность и др.).

Я ознакомлена 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 (представляемому) объяснено, что перед переливанием \_\_\_\_\_  
(вписать название трансфузионной среды)  
моему 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 (представляемого) 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 (представляемого) ребенка.

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

Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение данного медицинского вмешательства моему (представляемого) ребенку.

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

---

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