

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на выполнение интраоперационной аппаратной  
реинфузии крови**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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 учреждения 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) интраоперационную аппаратную реинфузию крови с целью  
профилактики или лечения возможной массивной акушерской кровопотери в родах (во время  
операции).

Мне (представляемому) разъяснены состояние моего (представляемого) здоровья и показания  
к интраоперационной аппаратной реинфузии крови, принцип и механизмы действия данной  
процедуры.

С анализами и результатами исследований, исключающие противопоказания к проведению  
мне (представляемому) данной процедуры, ознакомлена (ознакомлен).

Мне (представляемому) объяснено, что возврат заготовленной аутокрови будет произведен в  
родах, во время операции или в раннем послеоперационном периоде в обязательном порядке,  
независимо от того понадобится переливание компонентов крови, или нет.

Кроме того, мне (представляемому) объяснено, что заготовка аутокрови является лишь  
методом профилактики массивной акушерской кровопотери и не дает абсолютной гарантии  
в том, что не понадобится дополнительное переливание донорских компонентов крови в случае  
возникшей необходимости.

Я согласна (согласен) на переливание необходимых донорских компонентов крови (плазма, эритромаасса и др.) по жизненным показаниям.

Настоящим я доверяю врачу - трансфузиологу \_\_\_\_\_

(Фамилия, И.О. врача)

(далее по тексту врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне (представляемому) вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа путем катетеризации вены, введение необходимых лекарственных средств и инфузионных растворов).

Я информирована (информирован) о методике предстоящей операции интраоперационной аппаратной реинфузии аутокрови, связанным с ней риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий:

- болевых ощущениях при обеспечении венозного доступа;
- тромбозе, эмболии (закупорке сосудов) при проведении инфузионной терапии;
- воспалительных или аллергических явлениях в области пункции и катетеризации сосуда;
- аллергических реакциях, вплоть до анафилактического шока при введении необходимых лекарственных препаратов, инфузионных растворов (включая аллергические и анафилактикоидные реакции на цитрат).

Я проинформирована (проинформирован) о преимуществах данного вида профилактики акушерского кровотечения. Я также ознакомлена (ознакомлен) с составом и объемом плазмозамещающих растворов во время операции, с возможным изменением инфузионной и медикаментозной терапии в случае непереносимости мною (представляемым) тех или иных лекарственных препаратов или растворов, изменением состояния моего (представляемого) здоровья, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим (представляемого) лечащим врачом или врачами-консультантами.

Мне (представляемому) объяснено, что во время проведения процедуры с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг гемодинамических показателей (АД, ЧСС, сатурация), физикальный контроль функции жизненно важных органов и систем (аускультация, перкуссия, пальпация), а при необходимости контроль лабораторных показателей.

Мне (представляемому) разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне (представляемому), может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах моего здоровья.

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 интраоперационной аппаратной реинфузии крови. 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 интраоперационной

(вписать «даю» - в случае согласия)

аппаратной реинфузии крови 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) 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