

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 операции донорского
плазмафереза и возврат аутоплазмы**

«___» _____ 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 добровольному согласию и рекомендации лечащего врача прошу провести мне операцию донорского плазмафереза (плановая заготовка аутоплазмы) с целью профилактики или лечения возможных акушерских кровотечений в родах (во время операции).

Мне (представляемому) разъяснены состояние моего (представляемого) здоровья и показания к заготовке аутоплазмы, принцип и механизмы действия операции плазмафереза а также порядок и кратность проведения данной процедуры.

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

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

Кроме того, мне (представляемому) объяснено, что заготовка аутоплазмы 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. лечащего 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 донорского плазмафереза, связанным с ней риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущениях при обеспечении венозного доступа; 2) гипотоническом состоянии (снижение артериального давления) при заборе аутокрови; 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 введении необходимых лекарственных препаратов, инфузионных растворов (включая аллергические и анафлагоидные реакции на цитрат); 7) колебаниях артериального давления во время процедуры.

Я проинформирована (проинформирован) о преимуществах данного вида профилактики акушерского кровотечения.

Я ознакомлена (ознакомлен) с составом и объемом плазмозамещающих растворов, 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), а при необходимости контроль лабораторных показателей.

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 донорского плазмафереза. 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 операции донорского

(вписать «даю»-в случае согласия)

плазмафереза и прошу медицинский персонал бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» о его проведении.

Я добровольно _____ свое согласие на возврат заготовленной аутоплазмы.

(вписать «даю»-в случае согласия)

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