

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированный добровольный отказ от переливания крови и ее компонентов**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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 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)

находясь в палате (родзале, операционной) № \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_  
(вписать наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» добровольно отказываюсь от переливания крови и ее компонентов \_\_\_\_\_

(вписать наименование предлагаемой методики переливания)

по следующим причинам: \_\_\_\_\_

(объяснить причину отказа от переливания крови и ее компонентов)

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

С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный мне (представляемому) диагноз, ознакомлена (ознакомлен).

Я информирована (информирован) врачом-трансфузиологом \_\_\_\_\_  
(Фамилия, И.О. лечащего врача)

о методике предстоящей операции переливания \_\_\_\_\_  
(вписать название трансфузионной среды)

связанным с ней риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий:

- болевых ощущениях при обеспечении венозного доступа;

- инфекционной опасности (передача гемотрансмиссивных инфекций: ВИЧ, сифилис, гепатит, герпес, цитомегаловирус и др.)
- 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 непосредственном введении препаратов крови, либо при введении необходимых лекарственных препаратов, инфузионных растворов (включая аллергические и анафилактоидные реакции на цитрат);
- 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 мною (представляемым) тех или иных препаратов донорской крови, изменением состояния моего (представляемого) здоровья, 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)

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

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.

О возможных негативных последствиях отказа от переливания соответствующих компонентов крови предупреждена (предупрежден).

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мой (представляемого) отказ является свободным и основан 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 переливания крови и ее компонентов. На все заданные вопросы я получила (получил) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я добровольно \_\_\_\_\_ от переливания крови и ее компонентов.  
(вписать «отказываюсь» - в случае отказа)

---

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