

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.
переливание 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 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 № _____ в _____
(вписать наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр» добровольно даю свое согласие на проведение моему
(представляемому) ребенку, операции: _____

_____ (наименование оперативного вмешательства)

и прошу персонал медицинского бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлена (ознакомлен) с характером предстоящей моему
(представляемому) ребенку операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход
предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна (согласен) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупреждена (предупрежден) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупреждена (предупрежден), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего (представляемого) ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим (представляемым) ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего ребенка (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно _____
(вписать даю - в случае, не даю – в случае отказа)
согласие на переливание донорской крови и ее компонентов.

Я _____ на запись хода операции на
(вписать согласна (согласен) – в случае согласия, не согласен – в случае отказа)
информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне (представляемому) разъяснены, мною (представляемым) понятны и добровольно даю свое согласие на _____

(вписать наименование оперативного вмешательства)

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О.

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.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О.

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

дата