

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

**Информированное добровольное согласие
на переливание компонентов донорской 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», Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 г. №88

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

по моему добровольному согласию и рекомендации лечащего врача

(вписать: - прошу провести мне переливание донорских компонентов крови,
- отказываюсь от переливания мне донорских компонентов крови)

(вписать – свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы, тромбоцитарной массы).

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

2. С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный мне диагноз, ознакомлена.

3. Этот пункт заполняется только при согласии пациента. Настоящим я доверяю Врачу-трансфузиологу _____ (Фамилия, И.О. врача) (в дальнейшем - Врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа путем катетеризации вены, введение необходимых лекарственных средств и инфузионных растворов).

4. Я информирована о методике предстоящей операции переливания _____

(вписать название 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 анафилактикоидные реакции на цитрат);

б) осложнений связанных с несовместимостью переливаемых компонентов крови (острый гемолиз, отек легких, острая почечная недостаточность и др.).

5. Я ознакомлена с составом и объемом переливаемых компонентов крови, с возможным изменением инфузионной и медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных препаратов донорской крови, изменением состояния моего здоровья, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим лечащим врачом или врачами-консультантами.

6. Мне объяснено, что перед переливанием _____
(вписать название трансфузионной среды)
мне 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.

7. Мне 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.

8. Мне разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п.4. 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.

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

10. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

11. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О.

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