

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ПОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. 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. пациентки - полностью)  
19 \_\_\_\_ года рождения, проживающая (ий) 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 отказываюсь от проведения мне (представляемому) операции: \_\_\_\_\_

(наименование оперативного вмешательства)

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

- Мне (представляемому) разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

- 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.

- Я поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) 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 меня (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 может потребоваться переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) 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 разъяснены, мною понятны и я добровольно отказываюсь от: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

---

подпись

Ф.И.О., печать врача