

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на оказание малоинвазивной
диагностической манипуляции
ультразвуковая гистеросальпингоскопия**

« ____ » _____ **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, _____
(ФИО пациентки, полностью)

_____ (вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))

на выполнение _____,
(вписать наименование манипуляции)

необходимой для моего обследования и лечения возникших осложнений.

Мне объяснено, что данная операция сопряжена с определенным риском

- кровотечение,
- воспалительный процесс,
- перфорация матки.

В случае возникновения осложнений, согласна на расширение объема операции, вплоть до удаления матки.

С планом предстоящей манипуляции и лечения ознакомлена и не буду возражать против участия в моем лечении специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной мне форме.

Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

_____ дата

_____ подпись пациента

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач _____

_____ подпись

_____ Ф.И.О., печать врача