

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на проведение трансвагинальной пункции
фолликулов под контролем ультразвука.**

« ____ » _____ **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»

Я, _____
(ФИО пациентки, полностью)
информирована врачом о необходимости проведения

(вписать наименование процедуры, манипуляции)

для лечения моего заболевания.

Мне планируется трансвагинальная пункция фолликулов под контролем
ультразвука. Мне лично врачом - акушером - гинекологом были разъяснены цель и
характер манипуляции, а так же возможные осложнения.

Я понимаю, что по причинам, не зависящим от врачей и медицинского персонала, в
результате оперативного вмешательства возможно развитие таких осложнений, как:

- кровотечение;
- инфекционно-септические заболевания;
- аллергические реакции на вводимые препараты, включая анафилактический шок;
- тромбоэмболические осложнения,

которые могут потребовать интенсивной терапии и/или незапланированного оперативного
вмешательства (вплоть до удаления матки и придатков матки). В случае возникновения
осложнений, угрожающих моей жизни, я не возражаю против дальнейшего участия в моей
операции специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного
округа- Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных
специалистов. Заявляю, что изложила врачу все известные мне данные о состоянии своего
здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей
семье.

С планом предстоящей манипуляции ознакомлена и своей подписью
подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной мне форме.
В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

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

на _____
(вписать наименование процедуры, манипуляции)

дата

подпись пациента

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача