

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
года _____ рождения, _____ проживающий _____ (ая) _____ по
адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, : ____,

выдан: _

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: __

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): _____

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) 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 согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

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

– Я поставил (поставила) 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 т.ч. 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. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

– Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и _____ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

– Я согласен (согласна) на запись хода операции на 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 или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

– Я, получив от работников ОГАУЗ ГИМДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (предоставляемого) бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи застрахованным на территории Российской Федерации, даю свое согласие на оказание мне (предоставляемому) платных медицинских услуг и готов (готова) их оплатить.

– Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел (рассмотрела) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне (предоставляемому) могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе;

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

– Дополнительная информация: _____

_____.

" " _____ 20 г.

Пациент (законный представитель) _____.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____.

(Должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства 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 Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по лечебной части), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.