УТВЕРЖДЕНО приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от 10.07.2020 г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ, МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ С АНЕСТЕЗИЕЙ

(дети)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан Я,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)
(адрес) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)
находясь на лечении вотделении Б «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» добровольно
(вписать: «даю», «не даю») свое согласие на проведение моему (представляемому) ребенкоперации/процедуры/манипуляции/метода обследования
(наименование оперативного вмешательства) и прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центро ее проведении. Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с целями, характером, ходом, объемов возможными осложнениями, ожидаемым дискомфортом и рисками, которые могут возникнуть прпланируемой операции/процедуре/манипуляции/методе обследования. Основные возможные осложнения
Мне (представляемому) разъяснено и я (представляемый) осознаю, что во время операции могу возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я (представляемый согласен(сна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.  Я (представляемый) предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операци сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со сторон сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинени вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.  Я (представляемый) предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операци в том числе в связи с возможными интра – и послеоперационными осложнениями или с особенностям течения заболевания, и даю свое согласие на это.  Так же мне (представляемому) разъяснены альтернативы предлагаемому лечению, а именн и возможность вообще в лечиться.
лечиться. Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах связанных с мои

Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) и моего (представляемого) ребенка здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и моим (представляемым) ребенком и известных мне (представляемому) 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) и моего (представляемого) ребенка во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических, психоактивных и токсических средств.

	(вписать: «согласен (сна)», «не согласен (сна)») на запись хода операции
1 1 '	и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в
мелипинских научных или обуч	чающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
	) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и
понятные мне (представляемом	
<b>\ 1</b>	• /
•	енные у моего (представляемого) ребенка могут быть исследованы и
ликвидированы в соответствии	*
	лен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижневартовский окружной
клинический перинатальный г	центр» при необходимости окажут моему (представляемому) ребенку
квалифицированную медицинс	жую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного будут
выполнены в соответствии с от	раслевыми стандартами неонатологической помощи.
•	а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на
· • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	редставляемому) ребенку операцию/процедуру/манипуляцию/метод
исследования с анестезией.	egorassinessoni) podemicy onepagno, npodegypy, mammysingmo, merog
	DAMAGO DE DE DESTADOS DE CONTROLOS DE CONTRO
· •	рждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно
` *	тью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я
-	о. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным
и представляет собой информ	ированное добровольное согласие/отказ на проведение медицинского
вмешательства. Слова текста, н	не относящиеся ко мне (представляемому) и моему (представляемому)
ребенку, вычеркнуты, пустые ст	гроки зачеркнуты.
Законный представитель	« » 20 г.
•	подпись Ф.И.О (полностью) дата
-	уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных
операции/процедуры/манипуля	ции/методе обследования и расписался в моем присутствии:
Врач	<u>«»20г.</u>
подпись	Ф.И.О (полностью) дата
Переволици (если использовалс	ra)
Переводчик (если использовалс	(я) (фамилия, имя, отчество) (подпись)
•	(фамилия, имя, отчество) (подпись)
•	(фамилия, имя, отчество)         (подпись)           отсутствии возможности законному представителю поставить подпись
Этот раздел заполняется при	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин (	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин (_ законный представитель может и заполнен врачом на основании	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «»	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены.  ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: мин.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин (_ законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств. 20 г Время: час мин.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  лично  ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Врач Этот раздел заполняется тол	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин (
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Врач Тот раздел заполняется тол Пациенту необходимо проведени	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены.  ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин (
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол Пациенту необходимо проведеннугрозы жизни пациента, однако	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час минмин
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин (_ законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведени угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от р	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  дзъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин ()  шько в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей ие медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач  Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведен угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от разаконные представители пациент	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  дзъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин ()  въко в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей  ие медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют а или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).
Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач  Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведен угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от р законные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части	(фамилия, имя, отчество) (подпись)  отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  дзъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин ()  шько в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей ие медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита. Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведен угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от р законные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части здоровья граждан в РФ», ко вышеуказанных медицинских вме	отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  ———————————————————————————————————
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведени угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от разконные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части здоровья граждан в РФ», ко вышеуказанных медицинских вме Дата: «»	отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  ———————————————————————————————————
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведенн угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от разконные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части з здоровья граждан в РФ», ко вышеуказанных медицинских вме Дата: «» Врач	отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  ———————————————————————————————————
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведен угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от р законные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части з здоровья граждан в РФ», ко вышеуказанных медицинских вме Дата: «» Врач Врач Врач	отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  пзъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ ответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин.  (подпись информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: час мин.  (подпись информировантого согласия информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. Ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны нсилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении ещательств.  20 г Время: час мин.
Этот раздел заполняется при Ввиду объективных причин ( законный представитель может и заполнен врачом на основании законному представителю зачита Получено устное согласие на про Дата: «» Врач Врач Этот раздел заполняется тол  Пациенту необходимо проведенн угрозы жизни пациента, однако представителя/отказа матери от разконные представители пациент Руководствуясь пунктом 1 части з здоровья граждан в РФ», ко вышеуказанных медицинских вме Дата: «» Врач	отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично  пответов законного представителя. Содержание информированного согласия но, необходимые разъяснения проведены. ведение вышеуказанных медицинских вмешательств.  20 г Время: