

**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 в _____ отделении БУ
«Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» добровольно _____
(вписать: «даю», «не даю») свое согласие на проведение моему (представляемому) ребенку
операции/процедуры/манипуляции/метода _____ обследования:

_____ (наименование оперативного вмешательства)
и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр»
о ее проведении.

Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с целями, характером, ходом, объемом,
возможными осложнениями, ожидаемым дискомфортом и рисками, которые могут возникнуть при
планируемой операции/процедуре/манипуляции/методе обследования.

Основные возможные осложнения _____

Мне (представляемому) разъяснено и я (представляемый) осознаю, что во время операции могут
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 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 (представляемый) предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции,
в том числе в связи с возможными интра – и послеоперационными осложнениями или с особенностями
течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Так же мне (представляемому) разъяснены альтернативы предлагаемому лечению, а именно
_____ и возможность вообще не
лечиться.

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.

Я (представляемый) _____ (вписать: «согласен (сна)», «не согласен (сна)») 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.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Все органы и ткани, удаленные у моего (представляемого) ребенка могут быть исследованы и ликвидированы в соответствии с обычной практикой.

Я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут моему (представляемому) ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами неонатологической помощи.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенную моему (представляемому) ребенку операцию/процедуру/манипуляцию/метод исследования с анестезией.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение медицинского вмешательства. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому) и моему (представляемому) ребенку, вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Законный представитель _____ «__»__20__г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Законный представитель уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных операции/процедуры/манипуляции/методу обследования и расписался в моем присутствии:

Врач _____ «__»__20__г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично
Ввиду объективных причин (_____) законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов законного представителя. Содержание информированного согласия законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены. Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «__»__20__г. Время: ____ час ____ мин. Врач _____ (_____) Врач _____ (_____)
Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей
Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного представителя/отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть). Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «__»__20__г. Время: ____ час ____ мин. Врач _____ (_____) Врач _____ (_____) Врач _____ (_____)