

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьями 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

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 (родоразрешении) в _____ отделении БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами акушерско-гинекологической помощи.

Настоящим я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие врачам БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» на проведение мне (представляемому) операции:

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

Я (представляемый) подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне (представляемому) разъяснены, и я (представляемый) понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

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 и объем 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 моему (представляемому) здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я (представляемый) предупрежден(на), 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 _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на это.

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

Я (представляемый) понимаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие на переливание мне (представляемому) донорской или ауто-(собственной) крови и ее компонентов.

Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто- (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне (представляемому) исчерпывающие ответы.

Мне (представляемому) объяснено, что операция кесарева сечения является серьезным оперативным вмешательством, при котором возможны осложнения во время проведения операции и в послеоперационном периоде:

- кровотечение;
- ранение мочевого пузыря и кишечника;
- гнойно-септические осложнения: воспаление матки, несостоятельность шва на матке, перитонит, сепсис;
- спаечная болезнь органов малого таза;
- тромбоэмболия легочной артерии.

В случае возникновения осложнений, угрожающих моей (представляемого) жизни, я добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие на расширение объема операции вплоть до удаления матки.

Необходимое время после операции я (представляемый) буду наблюдаться и получать лечение в отделении анестезиологии и реанимации, как и все послеоперационные больные.

Я (представляемый) не возражаю против участия в моей (представляемого) операции врачей-специалистов БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» и привлеченных администрацией учреждения врачей-специалистов.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от проведения операции кесарева сечения.

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

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное мне (представляемому) проведение операции кесарева сечения. В случае отказа от проведения операции кесарева сечения всю ответственность за исход беру на себя.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы вмешательства и/или операции я добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

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 операции кесарева сечения. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

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

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения 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 пациенту/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение операции кесарева сечения.

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 пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (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 _____ (_____)