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

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от

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

(наименование оперативного вмешательства)

и прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский 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 (представляемого) 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 «Нижневартовский 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 «Нижневартовский 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) подпись Ф.И.О (полностью) Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии: Врач Ф.И.О (полностью) полпись Переводчик (если использовался) (фамилия, имя, отчество)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности па	ациенту/законному представителю поставить подпись
лично	
Ввиду объективных причин (
пациент/законный представитель может изъявить свою волю	о, но не может поставить подпись лично. Данный документ
заполнен врачом на основании ответов пациента/законного	представителя. Содержание информированного согласия
пациенту/законному представителю зачитано, необходимые ра	разъяснения проведены.
Получено устное согласие на проведение операции к	кесарева сечения.
	часмин.
Врач	
Врач	
Этот раздел заполняется только в случае невоз	зможности получить согласие пациента и отсутствии
DOMONIAL W. HINGS	поторыто пой

(подпись)

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()	