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

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ/ВМЕШАТЕЛЬСТВ/ЛЕЧЕНИЯ

Настоящий добровольный отказ составлен в соответствии статьей 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 (обследовании, родоразрешении) в _____ отделении БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» я ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами медицинской помощи.

Мне (представляемому), согласно моей (представляемого) воли, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (представляемого) заболевания, включая данные о результатах обследования, наличии заболевания(ий), его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Мне (представляемому) подробно в доступной форме разъяснены возможные последствия моего (представляемого) отказа от предлагаемого медицинского вмешательства/манипуляции/лечения. Я (представляемый) осознаю, что отказ от медицинского вмешательства/манипуляции/лечения может отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу, а именно:

_____
_____
_____

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

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения об отказе на предложенное мне (представляемому) медицинское вмешательство/манипуляцию/лечение.

Настоящим я _____ (***вписать «отказываюсь» в случае отказа***) от проведения медицинского вмешательства/манипуляции/лечения мне (представляемому) в БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»

_____
_____
_____ (***вписать какого вмешательства***)

Я (представляемый) поставлен(а) в известность, что в случае отказа от проведения вышеуказанного медицинского вмешательства/манипуляции/лечения, любую ответственность за

причинение вреда жизни и здоровью мне (представляемому), за все последствия отказа я возлагаю только на себя.

Мне (представляемому) сообщено, что при отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, администрация БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

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 добровольный информированный отказ от проведения медицинского вмешательства/манипуляции/лечения. 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) последствия отказа от медицинского вмешательства 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 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 пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/изменения сознания/отказа матери от ребенка (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_____(_____)