

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от
21.11.2011 г. №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)	

Подтверждаю, что 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 объемов акушерско-гинекологической помощи.

Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Хаты-Мансийском автономном округе – Югре на текущий период касаясь вопросов организации оказания медицинской помощи и сроков ее предоставления.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Поскольку оперативное лечение сопряжено с рисками развития осложнений, в том числе летальных, для принятия окончательного решения о его необходимости, сроков и методов для проведения его в плановой форме требуется предварительное обследование в необходимом объеме с соблюдением сроков его годности и подготовки в случае имеющихся нарушений здоровья.

Требуемое предварительное обследование я (представляемый) должен пройти в амбулаторных условиях по месту жительства (прикрепления). Организует данное предварительное обследование в необходимом объеме с соблюдением сроков его годности лечащий (участковый) врач медицинской организации, к которой имеется прикрепление меня (представляемого), как застрахованного лица в системе обязательного медицинского страхования.

Я (представляемый) понимаю, что окончательное решение о необходимости и возможности оперативного лечения в плановой форме будет принято только после завершения предварительного обследования в полном объеме и завершения всех мероприятий по подготовке к плановому оперативному лечению в случае выявления временных противопоказаний к его проведению. В связи с вышеизложенным, я (представляемый) согласен с внесением меня (представляемого) в лист ожидания и предложенными мне (представляемому) предварительными сроками плановой госпитализации для проведения оперативного лечения в плановом порядке. Мне (представляемому) объяснено, что данные сроки являются предварительными и они могут индивидуально смещаться в связи с вновь возникшими обстоятельствами.

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 с предварительными сроками плановой госпитализации. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

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 о согласии/отказе с предложенными мне (представляемому) предварительными сроками плановой госпитализации.

Я (представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачами-акушерами-гинекологами (членами врачебной комиссии) все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с предварительными сроками плановой госпитализации. На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачам.

Я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие с предварительными сроками плановой госпитализации и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» об ее проведении.

Пациент (законный представитель) _____ «___» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированного 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 (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 _____ (_____)