

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьями 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)	

находясь на лечении 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 объемов акушерско-гинекологической помощи.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Во втором периоде родов (период изгнания плода) могут возникнуть ситуации, требующие немедленного прекращения II периода родов или его исключения, а именно:

- острая асфиксия плода, либо прогрессирующая гипоксия плода при условии, что роды самопроизвольно в ближайшее время закончиться не могут (головка плода в узкой части полости малого таза и ниже);
- упорная вторичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии;
- экстрагенитальная патология, при которой необходимо исключить потуги (по рекомендациям смежных специалистов);
- эклампсия, если приступ произошёл при головке плода, находящейся в плоскости узкой части полости малого таза и ниже;
- кровотечение во втором периоде родов при благоприятном расположении головки плода в тазу матери и необходимости быстрого завершения родов;
- высокая температура у матери (выше 38 градусов Цельсия при хориоамнионите и при затяжных родах, если лечение гипертермии не эффективно);
- затрудненное рождение головки при родах в тазовом предлежании.

В перечисленных выше случаях, в некоторых случаях при проведении родоразрешения путем операции кесарева сечения, а также при отказе пациента тужиться, возникает необходимость проведения операции наложения акушерских щипцов.

Кроме того, мне (представляемому) объяснено, что при проведении операции наложения акушерских щипцов могут возникнуть осложнения: вертикальное или горизонтальное соскальзывание ложек щипцов, повреждения у плода (повреждения мягких тканей головки плода, кефалогематома, подпапневротическая гематома, перелом костей черепа, повреждения лицевого нерва), дистоция плечиков, нарушение мочеиспускания у родильницы, повреждение мягких тканей родового канала и смежных органов (шейки матки, влагалища, промежности, прямой кишки, мочевого пузыря, возможен разрыв матки), разрыв лонного сочленения.

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), 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 на предложенное мне (представляемому) проведение операции наложения акушерских щипцов.

Я (представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом- акушером - гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с проведением операции наложения акушерских щипцов. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства и/или операции я (представляемый) 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) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие/отказ на проведение операции наложения акушерских щипцов и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» о её 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 изъять 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 _____ (_____)