приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от $10.07.2020~\rm r.$

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

(гинекологическое отделение)

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 гражда
,R
(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:
(6.11.0 . 6
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)
находясь на лечении (обследовании) вотделении БУ «Нижневартовс
окружной клинический перинатальный центр» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что его врачи-специалисты
необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностик
лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.
Настоящим я (представляемый) добровольно (вписать: «даю», «не даю») согласие вра
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» на проведение мне (представляемому) операци
(наименование оперативного вмешательства)
и прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» о ее проведени
Я (представляемый) подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с характером предстоящей (представляемому) операции. Мне (представляемому) разъяснены, и я (представляемый) понимаю особенности и
представляемому) операции. Мне (представляемому) разъяснены, и я (представляемый) понимаю осооенности и предстоящего оперативного лечения.
Мне (представляемому) разъяснено и я (представляемый) осознаю, что во время операции могут возникн
непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я (представляемый) добровольно (вписа
«даю», «не даю») согласие на расширение объема операции по усмотрению врача впл
would, with outon, considere ha pacific considered one page in the pacific blue
(вписать необходимое)
Я (представляемый) предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с рис
потери крови, ранения соседних органов, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со сторо
сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда мо
(представляемого) здоровью и даже неблагоприятного исхода.
Я (представляемый) предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числ
связи с возможными интра,- и послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания
(вписать: «даю», «не даю») свое согласие на это.
Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемо здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарствениях
препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операці
препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) гравмах, операці заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваем
половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической приро
воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средст
проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственност
также об употреблении алкоголя, наркотических, психоактивных и токсических средств.
Я (представляемый) понимаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно (вписа
«даю», «не даю») согласие на переливание донорской или ауто - (собственной) крови и/или 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.

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

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

- 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 на предложенное мне (представляемому) оперативное вмешательство. В случае отказа от проведения операции всю ответственность за исход беру на себя.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства 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 выполнение оперативного вмешательства. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.
Пациент (законный представитель)
подпись Ф.И.О (полностью) дата Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и печения и расписался в моем присутствии:
подпись Ф.И.О (полностью) дата
Переводчик (если использовался) (фамилия, имя, отчество) (подпись)
(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 оперативного вмешательства.
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
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).
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
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
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.
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: «»
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: «»
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: «»