

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА АКТИВНОЕ ИЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

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 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:

Процесс родов не заканчивается рождением ребёнка. Существует третий период родов, так называемый последовый, во время которого предстоит родить послед. Существует два способа ведения этого периода — физиологический и активный.

При физиологическом ведении лекарственные средства, сокращающие матку, не используются. Послед рождается при сокращении матки. Акушерка может попросить женщину потужиться для рождения последа. Отрицательными моментами такого ведения может быть удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения.

При активном ведении третьего периода родов после рождения ребёнка, в течение первой минуты, мне (представляемому) будет сделана внутримышечная инъекция (в бедро) окситоцина — препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка поможет последу родиться путем аккуратного, легкого потягивания за пуповину. Помощи женщины при этом не требуется. Такое активное ведение послеродового периода, как правило, позволяет уменьшить кровопотерю и возможность послеродового кровотечения. Риск возникновения кровотечения уменьшается на 60%.

Сокращающие матку средства могут повысить артериальное давление и вызвать небольшую тошноту и рвоту, болезненность в месте инъекции и болезненные сокращения матки. Мне сообщено, что при появлении любого дискомфорта необходимо сообщить об этом медицинскому персоналу.

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 добровольное информированное 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) ведение 3-го периода родов.

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 активным или физиологическим ведением третьего периода родов. На все заданные

вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я (представляемый) добровольно _____ свое согласие/отказ на _____
(вписать: «даю», «не даю») (указать метод ведения 3-го периода родов)
метод ведения третьего периода родов и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной
клинический перинатальный центр» о его проведении.

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

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных
обследования и лечения 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 _____ (_____)