

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статей 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:

Послеродовое кровотечение – это кровопотеря 500 мл и более во время родов через естественные родовые пути или 1000 мл и более при операции кесарева сечения или любой объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности, возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода. Общими причинами послеродовых кровотечений являются:

- нарушение сократительной способности матки;
- травмы родовых путей;
- наличие остатков плацентарной ткани;
- нарушения в системе гемостаза.

Послеродовые кровотечения могут быть ранними (в течение 24 часов с момента родов) и поздними (после 24 часов после родов на протяжении 42 дней с момента родов). Существуют антенатальные (до наступления родов) и интранатальные (во время родов) факторы риска послеродовых кровотечений. Акушерские кровотечения являются главной причиной материнской смертности. Основными осложнениями массивной кровопотери являются: респираторный дистресс-синдром взрослых (РДС), шок, синдром диссеминированного внутреннего свертывания крови (ДВС-синдром), острое повреждение почек, некроз гипопиза (синдром Шихана) и потеря фертильности.

Мне (представляемому) объяснено, что организация помощи при послеродовом кровотечении осуществляется по принципу работы мультидисциплинарной бригады и проведением комплекса лечебных мероприятий по утвержденным алгоритмам в условиях развернутой операционной. Кроме того, я (представляемый) понимаю, что мне (представляемому) может потребоваться проведение анестезиологического пособия, управляемой баллонной тампонады матки, операции переливания ауто-(собственной) или донорской крови и/или её компонентов, проведение хирургического гемостаза в необходимом объеме (ушивание разрывов мягких родовых путей, лапаротомия, ушивание разрыва матки при наличии возможности, ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани, бимануальная компрессия матки, компрессия аорты, наложение компрессионных швов, проведение деваскуляризации матки, лигирование сосудов, гистерэктомия; при позднем кровотечении – проведение гистероскопии, выскабливания полости матки) согласно утвержденных алгоритмов. После перенесенной массивной кровопотери и геморрагического шока мне (представляемому) может потребоваться интенсивная терапия в условиях отделения анестезиологии и реанимации, возможно с применением продленной ИВЛ и, в дальнейшем, прохождение необходимого курса реабилитационных мероприятий.

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 комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении. 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 комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении.

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 комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении. На все заданные вопросы я (представляемый) 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 комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении 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 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 _____ (_____)