

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №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 (обследовании) в _____ отделении БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что его врачи-специалисты при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

Настоящим я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие врачам БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» на проведение мне (представляемому) манипуляции: _____

_____ (наименование манипуляции)
в амбулаторных условиях и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» о ее проведении.

Мне (представляемому) объяснены и понятны суть моего (представляемого) заболевания, опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) манипуляции и я (представляемый) понимаю особенности и ход предстоящего лечения.

Мне (представляемому) разъяснено и я (представляемый) осознаю, что во время манипуляции могут возникнуть обстоятельства, препятствующие ее выполнению или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.

Я (представляемый) осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции. Я (представляемый) уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Мне (представляемому) известно, что манипуляция может производиться под местной анестезией, на что я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие.

Мне (представляемому) разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям со стороны моего (представляемого) организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями.

Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических, психоактивных и токсических средств.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию меня (представляемого) в стационар.

Я (представляемый) предупрежден(а) о режиме постманипуляционного и реабилитационного периода и возможных последствиях при нарушении режима, а также при возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

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) обследование и лечение, проведение манипуляции. В случае отказа от проведения манипуляции всю ответственность за исход беру на себя.

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.

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/ 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: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)