

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНДУКЦИИ 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.

Я (представляемый) полностью проинформирован(а) о способе индукции родов и необходимости его выполнения.

Я (представляемый) знаю, что исход родов для меня (представляемого) и моего (представляемого) ребенка зависит не только от качества медицинской помощи, но и от состояния моего (представляемого) здоровья, течения беременности и хода родов.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Во время индукции родов возможны различные осложнения, а именно:

- преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период, повышающий риск инфицирования плода и матери;
- гипоксия плода и/или асфиксия новорожденного;
- кровотечение в родах и послеродовом периоде от различных акушерских причин;
- неэффективность индукции родов.

Мне (представляемому) известно, что вышеперечисленные осложнения, возможно, потребуют оперативного родоразрешения.

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) выполнение индукции 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 _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на выполнение всех назначений и манипуляций, необходимых для моего (представляемого) родоразрешения с помощью выполнения индукции родов посредством проведения амниотомии, введения простагландинов и прошу медицинский персонал БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» о её выполнении.

Я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «отказываюсь», в случае отказа) от выполнения индукции родов.

Я (представляемый) поставлен(а) в известность, что в случае отказа от выполнения индукции родов, любую ответственность за причинения вреда жизни и здоровью мне (представляемому) и моему (представляемому) ребенку, за все последствия моего (представляемого) отказа от выполнения индукции родов я возлагаю только на себя.

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 _____ (_____)