**УТВЕРЖДЕНО** 

приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от 10.07.2020 г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНДУКЦИИ РОДОВ

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
пица, признанного недееспособным:
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

- 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, необходим	
помощью выполнения индукции родов посредством про	
прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский ог	
	кружной клинический перинатальный центр» о ее
выполнении.	
Я (представляемый) добровольно	(вписать: «отказываюсь», в случае отказа) ОТ
выполнения индукции родов.	
Я (представляемый) поставлен(а) в известность, что	
любую ответственность за причинения вреда жизни	
(представляемому) ребенку, за все последствия моего (	представляемого) отказа от выполнения индукции
родов я возлагаю только на себя.	
	« » 20 г.
Пациент (законный представитель) подпись	Ф.И.О (полностью) дата
Пациент (законный представитель) уяснил(а) цели	
обследования и лечения и расписался в моем присутствии	
Врач	« » 20 г.
подпись Ф.И.О (полностью)	«»20г.
Переводчик (если использовался)	
Переводчик (если использовался)(фамилия, и	мя, отчество) (подпись)
Этот раздел заполняется при отсутствии возмо	
поставить под	пись лично
Ввиду объективных причин (	
Ввиду объективных причин (	
	ою волю, но не может поставить подпись лично.
пациент/законный представитель может изъявить св	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	руказанных медицинских вмешательств.  уюю волю, но не может поставить подпись лично. пов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	руказанных медицинских вмешательств.  уюю волю, но не может поставить подпись лично. пов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание ведставителю зачитано, необходимые разъяснения вуказанных медицинских вмешательств.   ———————————————————————————————————
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач Врач Врач Врач Втот раздел заполняется только в случае	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  реуказанных медицинских вмешательств.   я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем ВрачВрачВрачВтот раздел заполняется только в случае отсутствии законны	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  руказанных медицинских вмешательств.   я:мин
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: « »	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.  я:минмин
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем ВрачВрачВрачВтот раздел заполняется только в случае отсутствии законны Пациенту необходимо проведение медицинск устранения угрозы жизни пациента, однако в наст	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач Врач Врач Врач Врач Отсутствии законны Пациенту необходимо проведение медицинск устранения угрозы жизни пациента, однако в наст согласие пациента (законного представителя) ввиду	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач Врач Врач Врач Отсутствии законны Пациенту необходимо проведение медицинск устранения угрозы жизни пациента, однако в наст согласие пациента (законного представителя) ввиду сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того, в насто	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.  ———————————————————————————————————
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.  я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач	ою волю, но не может поставить подпись лично. тов пациента/законного представителя. Содержание редставителю зачитано, необходимые разъяснения руказанных медицинских вмешательств.  я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  реуказанных медицинских вмешательств.   я:мин
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  реуказанных медицинских вмешательств.   я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»20г Врем Врач	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  реуказанных медицинских вмешательств.   я:мин
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  руказанных медицинских вмешательств.   я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному пр проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  руказанных медицинских вмешательств.   я:
пациент/законный представитель может изъявить св Данный документ заполнен врачом на основании отве информированного согласия пациенту/законному проведены.  Получено устное согласие на проведение выше Дата: «»	рою волю, но не может поставить подпись лично.  тов пациента/законного представителя. Содержание  редставителю зачитано, необходимые разъяснения  руказанных медицинских вмешательств.   я: