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

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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 «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что врачи-специалисты при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами акушерско-гинекологической помощи.

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

_____
(наименование оперативного вмешательства)

и прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» о ее проведении.

Я (представляемый) подтверждаю, что ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне (представляемому) разъяснены, и я (представляемый) понимаю, особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Мне (представляемому) разъяснено, и я (представляемый) осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я добровольно_____ (***вписать: «даю», «не даю»***) согласие на расширение объема операции по усмотрению врача вплоть _____ (***вписать необходимое***).

Я (представляемый) предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, ранением соседних органов (мочевой пузырь, кишечник), возможностью гнойно-септических осложнений, тромбоэмболических осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда моему (представляемого) здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я (представляемый) предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными интра,- и послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и _____ (***вписать: «даю», «не даю»***) свое согласие на это.

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, табака, психоактивных веществ, наркотических и токсических средств.

Я (представляемый) знаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно_____ (***вписать: «даю», «не даю»***) согласие на переливание донорской или ауто- (собственной) крови и ее компонентов.

Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто- (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне (представляемому) исчерпывающие ответы.

Я (представляемый) не возражаю против участия в моей (представляемого) операции специалистов БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» и привлеченных администрацией учреждения врачей-специалистов.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от проведения операции.

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/отказе на предложенное мне (представляемому) оперативное вмешательство. В случае отказа от проведения операции всю ответственность за исход беру на себя.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции я (представляемый) добровольно _____ (***вписать: «даю», «не даю»***) свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в БУ «Нижневартовский 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) 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 оперативного вмешательства. 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_____(_____)