

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
--

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснена необходимость оперативного вмешательства, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения;

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода;

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и/или ее компонентов и врач предоставил мне понятные и исчерпывающие ответы;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оперативное вмешательство.

" ____ " _____ 20__ года. Подпись пациента/ **V** _____
законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____
(должность, Ф.И.О.)

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о проведении оперативного вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач и врач анестезиолог-реаниматолог с последующим уведомлением заместителя главного врача по направлению, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

« ____ » _____ 20__ года (дата оформления)	_____	_____
	(подпись лечащего врача)	(Ф.И.О. лечащего врача)

« ____ » _____ 20__ года (дата оформления)	_____	_____
	(подпись врача)	(фамилия, имя, отчество врача, должность)

« ____ » _____ 20__ года (дата оформления)	_____	_____
	(подпись врача)	(фамилия, имя, отчество врача, должность)