Согласие информированное добровольное

на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с [Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

Я, ФИО, года рождения, зарегистрированная по адресу (адрес регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт (серия, №, выдан), являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным ФИО (ребенка или недееспособного гражданина полностью), год рождения

добровольно даю согласие на проведение представляемому операции/ манипуляции/ исследования.

До подписания нижеизложенного документа проинформирован(а) лечащим врачом о возможных методах и вариантах обследования и лечения, о необходимости проведения исследований/манипуляций, которые позволят уточнить диагноз, оценить состояние здоровья, определять ход дальнейшего лечения и предоставить прогноз. Мне лично разъяснены цель и характер, необходимость и ожидаемые результаты предстоящего лечения, а также степень риска и возможные осложнения. Я проинформирована о последствиях отказа от предполагаемой операции, исследований/манипуляций.

Я проинформирован(а) лечащим врачом, что точно предсказать исход хирургического вмешательства, анестезии и медикаментозного лечения невозможно. Я понимаю, что любое проведенное мне (моему ребенку) оперативное вмешательство под каким-либо видом анестезии может в результате привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности и представляет риск для жизни. Я осведомлен(а) о характере и частоте возможных серьезных осложнений.

Я информирован(а), что во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде могут встретиться как предполагаемые, так и непредвиденные экстренные ситуации, когда я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных оперативных вмешательств, манипуляций или процедур). При возникновении таких ситуаций врачи, непосредственно занятые в этот период времени моим лечением, будут принимать решение о дальнейшей тактике самостоятельно, на что я даю свое согласие.

Во время оперативного вмешательства могут встретиться не экстренные ситуации (заболевания), связанные с сопутствующими заболеваниями, в отношении которых я не могу в тот момент быть информирован(а). В такой ситуации врачи будут принимать решение о дальнейшей тактике самостоятельно, на что я даю свае согласие.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне (моему ребенку) лечения я обязана поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (моего ребенка) здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом.

Я понимаю, что в связи с оперативным вмешательством может возникнуть необходимость в переливании мне (моему ребенку) крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов. Мне разъяснено, что переливание компонентов донорской крови сопряжено с определенными рисками и возникновением осложнений. Понимая возможную необходимость такого лечения, даю не него согласие.

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что я:

- прочитал(а) и поняла содержание данного документа;

- я согласен(а) со всеми вышеперечисленными пунктами данного информированного согласия;

- я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, связанные с состояние моего (моего ребенка) здоровья, предстоящим медицинским вмешательством и получила на них исчерпывающие ответы, которые мне понятны как в отношении характера вмешательств, так и связанного с ним риска;

- я получил(а) всю необходимую информацию в отношении своего заболевания (заболевания ребенка)/состояния и предстоящего оперативного вмешательства

Я добровольно, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, даю согласие на (название медицинского вмешательства).

Моя подпись ниже удостоверяет мое согласие и разрешение на диагностические исследования, операцию и лечение, которые окажутся необходимыми при моем состоянии (состоянии моего ребенка).

ФИО пациента/законного представителя

подпись

Подписалась собственноручно, в моем присутствии:

Лечащий врач / Оперирующий хирург / Заведующий отделением