Приложение 2

к Порядку дачи и оформления

информированного добровольного

согласия на медицинское

вмешательство или отказа от него

(пункт 2.2.2.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения)

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,**

**в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Медицинскую информацию о диагнозе (в т. ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач:

Ф.И.О. врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, проживающий (ая) по адресу: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя) | | | |  | |

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название отделения, номер палаты)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал учреждения здравоохранения о ее проведении.

1. Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером моего (представляемого) заболевания, особенностями его течения, диагностики и лечения, а также предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

2. 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.

2

Продолжение приложения 2

к Порядку дачи и оформления

информированного добровольного

согласия на медицинское

вмешательство или отказа от него

3. 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.

4. 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.

5. 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. ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, 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.

6. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и \_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

7. 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.

8. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на внесение в локальную информационную госпитальную систему, которая ведется учреждением здравоохранения моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и его течении.

9. Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

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

11. Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | года. Подпись пациента/законного представителя |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: | |  |  | | |  |
| Врач |  | | | (подпись) |  |  |
|  | (Ф.И.О., должность) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |
| . | | | | | | |