

Заполняется несовершеннолетним старше 15 лет самостоятельно!

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (манипуляцию, инвазивное исследование)

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

возраст: _____ лет, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

дата выдачи: _____, зарегистрированный по адресу: _____

находясь в _____ отделении
Обособленного структурного подразделения – научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, подтверждаю, что я, согласно моей воле и в доступной форме, моим лечащим врачом:
_____ (Ф.И.О.)

проинформирован (-а) о необходимости проведения оперативного лечения _____
(указать вид оперативного вмешательства)

Я подтверждаю, что врач – хирург _____ (Ф.И.О.)

проинформировал меня о плане предстоящей операции (манипуляции, инвазивном исследовании).

Я получил (-а) полную и понятную мне информацию о предстоящем оперативном вмешательстве (манипуляции, инвазивном исследовании), о связанном с ним риском, возможных осложнениях, вероятности и тяжести побочных эффектов, а также о возможности альтернативного лечения.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции, в ряде случаев, ещё не гарантирует выздоровления, так как для достижения необходимого результата, кроме операции, иногда, потребуется высококвалифицированное лечение.

Мне разъяснено и я осознаю, что любое оперативное вмешательство связано с риском для здоровья и во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, которые потребуют от врачей изменения хода операции и (или) проведения повторных операций, а также переливания крови и/или её компонентов.

В последнем случае **мне предложат подписать соответствующее информированное добровольное согласие,** а в экстренных случаях, угрожающих моей жизни и при невозможности подписать указанное согласие мной лично или моим родителем (законным представителем), решение о переливании крови и её компонентов может быть принято консилиумом врачей в соответствии с пунктами 1,2 части 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и я даю своё согласие на это.

Я согласен (-а), в случае возникновения необходимости, на изменение хирургической тактики и проведение иных медицинских действий, направленных на достижение наилучшего эффекта и пользы для моего здоровья.

Мне была предоставлена информация о составе операционной бригады и я не имею по этому поводу возражений.

Я проинформирован (-а) о необходимом объёме предоперационной подготовки и связанных с ней действий с моей стороны.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах и заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов. **Я сообщил (-а)** правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что от объёма и правильности сообщенных врачу сведений, а также от точности и своевременности соблюдения мной врачебных назначений, могут зависеть моя жизнь и здоровье.

Мне известно, что в соответствии с ч. 3 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **я имею право в любое время отказаться** от любого лечения и отозвать данное мною согласие на проведение оперативного вмешательства (манипуляции, инвазивного исследования).

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что **получил (-а)** понятные мне исчерпывающие ответы и больше вопросов к медперсоналу не имею.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-на) со всеми положениями настоящего документа, которые **мне разъяснены и мною поняты,** и поэтому **добровольно даю согласие на оперативное лечение (манипуляцию, инвазивное исследование) в предложенном объёме.**

ПОДПИСЬ: _____ / _____ /
(Ф.И.О. пациента старше 15 лет)

ПОДПИСЬ: _____ / _____ /
(Ф.И.О. законного представителя)

Добровольное информированное согласие подписано пациентом старше 15 лет в моём присутствии:

_____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О. врача - хирурга)

Дата заполнения документа: « _____ » _____ 20 ____ г. Время: _____ ч _____ мин.