

Информированное добровольное согласие на проведение тромболитической терапии

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу

(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:	
Я (ФИО) _____	_____
паспорт _____	Выдан _____
_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)	
в отношении _____	
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)	
"__" _____ г. рождения,	
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)	
проживающего по адресу: _____	

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

проинформирован о состоянии моего здоровья и наличии показаний для проведения системного тромболитического лечения, добровольно даю свое согласие на его проведение.

При проведении тромболитической терапии используется одноразовый расходный материал, соответствующее оборудование, мониторинг. Но и при соблюдении всех возможных мер профилактики, имеются специфические (кровоотечения, геморрагический инсульт, реперфузионная аритмия) и неспецифические осложнения (аллергические реакции, гипотензия, бронхоспазм, инфекционные осложнения, метаболические, и прочие); а также технические трудности при выполнении пособия могут повлечь причинение вреда здоровью различной степени тяжести.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы, и на которые получил (а) исчерпывающие ответы.

Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим, психическим состоянием информацию, а так же предшествующей медикаментозной терапии.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных в документе. Я доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Я обязуюсь не принимать самостоятельно медикаментозные препараты, не пить и не принимать пищу в указанное мне время.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.

Согласие действительно на все время лечения, однако пациент имеет право остановить его действие путем письменного уведомления о его отмене.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я отказываюсь от предложенного системного тромболизиса, что удостоверяю своей подписью.

Ф.И.О. пациента либо его законного представителя.

Подпись врача: _____

Дата: « ____ » _____ 20__ года. Время: _____

(дата оформления)

" ____ " _____ г. Время: _____

(дата оформления)

Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показано проведение тромболитической терапии:

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /