

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Оперативное лечение)

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: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или 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, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

находясь на лечении (обследовании) в \_\_\_\_\_ отделении БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница», добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему ребенку, моему подопечному) операции: \_\_\_\_\_

-Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (моему ребенку, подопечному) операции. Мне разъяснены, 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 доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

- Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде если возникнет такая необходимость. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех необходимых лечебных мероприятий.

Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

- 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 согласен(а) на проведение забора биологических жидкостей и кусочков тканей для биологического, патоморфологического и других исследований, необходимых для постановки диагноза, в том числе при неблагоприятном исходе проводить необходимые исследования.

