

Информированное добровольное согласие на проведение профилактики тромбоэмболических синдромов

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)
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: проведение профилактики тромбоэмболических синдромов (в соответствии с протоколом профилактики тромбоэмболических синдромов (Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56377-2015 Клинические рекомендации(протоколы лечения) «Профилактика тромбоэмболических синдромов». Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31марта 2015г. №201-ст) в _____ отделении БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница».

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства: профилактика тромбоэмболий в бассейнах легочных и мозговых артерий.

Мне разъяснена необходимость и правила неспецифической профилактики тромбоэмболии легочной артерии:

- важность вставания и ходьбы в первые сутки после операции по решению врача (при возможности и отсутствии противопоказаний);
- необходимость эластической компрессии нижних конечностей.
- необходимость проведения продленной фармакологической профилактики после выписки из стационара по рекомендации врача

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских

рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства, и я предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении рекомендаций при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства: тромбоэмболия легочных и мозговых артерий, летальный исход

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)	
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показана профилактика тромбоэмболических синдромов::	
Подпись врача	_____ / _____ /
Подпись врача	_____ / _____ /
Подпись врача	_____ / _____ /

" ____ " _____ г.
(дата оформления)