

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

*Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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**

В ОТНОШЕНИИ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

### **Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом:**

а) о том, что процесс родов не заканчивается рождением ребенка. Предстоит родить еще послед, поэтому третий период родов называется – последовый;

б) существует 2 способа ведения этого периода: физиологический и активный.

- при **физиологическом** ведении лекарственные препараты, сокращающие матку, не используются. Послед рождается при сокращении матки. В этом случае пуповина пересекается после прекращения ее пульсации, что позволяет обеспечить нормальный уровень гемоглобина у новорожденного ребенка. **Отрицательными моментами** такого ведения может быть удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения.

- при **активном** ведении третьего периода после рождения ребенка, в течение первой минуты, будет сделана внутримышечная инъекция (в бедро) окситоцина – препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка поможет последу родиться путем аккуратного, легкого потягивания за пуповину. Ваша помощь при этом не понадобится. Такое активное ведение последового периода, как правило, позволяет уменьшить кровопотерю и возможность послеродового кровотечения. **Риск возникновения кровотечения уменьшается на 60%. Отрицательными моментами** такого ведения могут быть побочные реакции на сокращающие матку средства: повышение артериального давления, тошнота и рвота, болезненность в месте инъекции и болезненные сокращения матки. Если вы почувствуете любой дискомфорт, пожалуйста, обязательно сообщите об этом медицинскому персоналу.

в) методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами, клиническими протоколами и рекомендациями по оказанию акушерско-гинекологической помощи;

г) о том, что исход родов для меня и моего ребенка зависит не только от качества медицинской помощи, но и от состояния моего здоровья, течения беременности и родов.

**В доступной для меня форме мне разъяснены** цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Я согласна** на активное ведение третьего периода родов. Я ознакомлена с тем, что специалисты БУ «Лангепасская городская больница» окажут мне квалифицированную медицинскую помощь с целью моего обследования, лечения, родоразрешения. Я не возражаю против участия в моей операции специалистов БУ «Лангепасская городская больница» и привлеченных специалистов.

**Я имела(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. В случае отказа от обследования и лечения в БУ «Лангепасская городская больница» всю ответственность за исход беременности и родов беру на себя.** Своей подписью я подтверждаю, что мною получена, и я её поняла, вся интересующая информация в доступной для меня форме, объяснены возможные осложнения, как во время операции, так и после неё. В данный момент я нахожусь в здравом уме и при полной памяти

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом акушер-гинекологом, ведущим мои роды, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью:

**Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие/ информированный отказ (не нужно зачеркнуть).**

Законный	_____	_____	_____
Представитель	Подпись	Ф.И.О. (полностью)	Дата
Врач	_____	_____	_____
	Подпись	Ф.И.О. (полностью)	Дата