

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА
НА ВИДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20.21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента - полностью),
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан'

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью) _____:
паспорт: _____
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

(адрес)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

находясь на лечении в отделении БУ «Лангепасская городская больница» я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что врачи-специалисты при необходимости окажут мне(представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи, клиническими рекомендациями.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Родоразрешение (через естественные родовые пути или оперативное (влагалищное или путем операции кесарева сечения) представляет собой сложный процесс, сопряженный с повышенной нагрузкой на организм матери и риском развития ряда осложнений. Для профилактики их развития используются виды медикаментозной поддержки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

Перед родоразрешением путем операции кесарева сечения рекомендована антибиотикопрофилактика - предоперационное введение антибактериальных препаратов с целью снижения риска развития послеоперационной раневой инфекции.

После родоразрешения рекомендованы адекватное обезболивание и тромбопрофилактика. У некоторых пациентов проведение тромбопрофилактики показано в течение всей беременности с продолжением ее в течение нескольких недель после родоразрешения.

Для адекватного обезболивания после родоразрешения рекомендовано: применение нестероидных противовоспалительных препаратов, парацетамол, инфильтрация послеоперационной раны растворами местных анестетиков, блокада поперечного пространства живота. Могут применяться опиоидные анальгетики и анальгетические наркотические средства (собственно агонисты опиоидных рецепторов).

Тромбопрофилактику проводят низкомолекулярными гепаринами и агонистами витамина К. Ингибиторы тромбина и фактора Ха не рекомендуются при грудном вскармливании.

Мне (представляемому) объяснено, что при применении некоторых рекомендованных лекарственных средств возможно их проникновение в грудное молоко. Риск от проникновения этих лекарственных средств ниже рисков развития осложнений, на профилактику которых направлено их действие.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на виды медикаментозной поддержки при родоразрешении. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенные мне (представляемому) виды медикаментозной поддержки при родоразрешении.

Я (представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом-акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с видами медикаментозной поддержки при родоразрешении.

На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответ?, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства и/или операции я (представляемый) добровольно (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в БУ «Лангепасская городская больница» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, в целях контроля качества оказания медицинской помощи, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Я, (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на антибиотикопрофилактику, _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на адекватное обезболивание, (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на тромбопрофилактику после родоразрешения и прошу медицинский персонал БУ «Лангепасская городская больница» об их проведении.

Пациент (законный представитель) « _____ » 20 _____ г.

подпись

Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированного медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии:

Врач _____ г.

подпись

Ф.И.О (полностью)

дата

Переводчик (если использовался) _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента. Содержание информированного согласия пациенту зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на вышеуказанные медицинские вмешательства.

Дата: _____ Время: час мин. _____

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей.

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания/ отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними /нужное подчеркнуть!

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении выше указанных медицинских вмешательств.

Дата: _____ Время: час мин. _____

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)