

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНДУКЦИИ 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)

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</p>
<p>В отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)</p>
<p>« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: (дата рождения пациента при подписании законным представителем)</p>
<p>(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)</p>

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом:

- а) о способе индукции родов, и необходимости его выполнения;
- б) о том что, во время индукции родов возможны различные осложнения:
 - Преждевременное излитие околоплодных вод;
 - Асфиксия плода;
 - Кровотечение от различных акушерских причин;
 - Неэффективность индукции родов.
- в) вышеперечисленные осложнения, возможно, потребуют оперативного родоразрешения;
- г) методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами, клиническими протоколами и рекомендациями по оказанию акушерско-гинекологической помощи;
- д) 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 выполнения индукции родов, связанный с ними риск, 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, 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 выполнение всех назначений и манипуляций, необходимых для моего родоразрешения с помощью индукции родов посредством амниотомии, введения простагландинов. 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