

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

*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 состоянии моего (моего подопечного) здоровья и наличии показаний для проведения операции переливания компонентов крови;
- б) о цели переливания, его необходимости, характере и особенностях процедуры, ее возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий;
- в) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови;
- г) об альтернативных методах лечения, в частности об использовании кровезаменителей, эритропоэтина и препаратов железа;
- д) о порядке выполнения следующих вмешательств: гемотрансфузия, плазмотрансфузия, трансфузия тромбоцитов;
- е) о том, что при переливании донорской крови и ее компонентов у меня могут развиваться реакции или осложнения, вопреки тщательному контролю при отборе доноров, лабораторном исследовании их крови и всех возможных мерах профилактики, предусмотренных действующими нормативными актами;
- ж) о том что, из иммунологических реакций и осложнений – это могут быть: гемолитические, фебрильные негемолитические, крапивница, анафилактические, острая легочная недостаточность, аллоиммунные, тромбоцитарно-рефрактерные, болезнь «трансплантат против хозяина» и иммуномодулирующие. Из неиммунологических реакций и осложнений – это могут быть: гемолитические, септические, циркуляторные, метаболические, эмболические, метаболическая перегрузка железом и инфекционные, в том числе перенос вирусов (гепатит, ВИЧ и т.д.).

**В доступной для меня форме мне разъяснены** цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, 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, 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 согласен(а)** на предложенное мне медицинское вмешательство в виде операции переливания компонентов крови, а именно гемотрансфузии, плазмотрансфузии, трансфузии тромбоцитов. Я ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Лангепасская городская больница» окажут мне квалифицированную медицинскую помощь с целью моего обследования, лечения. Я не возражаю против участия в моей операции специалистов БУ «Лангепасская городская больница» и привлеченных специалистов.

**Я подтверждаю**, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим, психическим состоянием информацию, а так же предшествующей медикаментозной терапии. **Я понимаю**, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных в документе.

**Я доверяю врачу и его ассистентам** принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

**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 лечения я беру на себя.** Своей подписью я подтверждаю, что мною получена, и я её понял(а), 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, 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

<b>Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показана катетризация центральной вены:</b>			
Подпись врача	_____	/	/
Подпись врача	_____	/	/
Подпись врача	_____	/	/

" " 20 \_\_\_\_ года  
(дата оформления)