

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ПЛОДА
(ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ - ПЛОДОВ)**

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

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 специалисты БУ «Лангепасская городская больница» 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:

При угрожающих или начавшихся преждевременных родах или преждевременном разрыве плодных оболочек в 24^о - 33⁶ недель беременности рекомендована антенатальная профилактика РДС (респираторного дистресс синдрома) плода (плодов при многоплодной беременности). Респираторный дистресс-синдром — это проблема с дыханием, которая поражает новорожденных детей, в основном тех, кто родился более чем за 6 недель до предполагаемой даты родов (ПДР). Чем раньше срока или чем более незрелым рождается ребёнок, тем выше вероятность того, что у него разовьется респираторный дистресс-синдром. Респираторный дистресс-синдром развивается, когда лёгкие ребёнка не производят достаточного количества жирного вещества — сурфактанта, или он не срабатывает должным образом. Такая профилактика проводится глюкокортикостероидами (ГКС). Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2-7 сутки от начала профилактики, при этом, если не удастся провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС (доказан эффект «неполной дозы»), ГКС не следует вводить, если нет серьезных опасений в отношении предстоящих ПР и обоснованной уверенности, что они начнутся через 7 дней. При хориоамнионите ГКС являются безопасными и улучшают перинатальные исходы.

Повторный курс антенатальной профилактики РДС плода не является рутинным и решение о его применении должно быть принято на основании времени, прошедшего от последнего курса профилактики, гестационного срока и вероятности родоразрешения в ближайшие 48 часов, но возможно проведение «спасительного» курса уже через 7 дней в случае его клинической целесообразности.

При беременности, а также в период грудного вскармливания, глюкокортикостероид дексаметазон применяют с учетом ожидаемого лечебного эффекта и отрицательного влияния на плод.

Мне (представляемому) объяснено, что данный препарат, несмотря на отсутствие в инструкции к препарату указанных показаний к применению, рекомендован отечественными и зарубежными специалистами для проведения антенатальной профилактики РДС плода (при многоплодной беременности - плодов), как доказавший при рекомендованном применении свою эффективность и безопасность.

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 проведение антенатальной профилактики РДС плода (при многоплодной беременности - плодов). 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 предложенное мне (представляемому) проведение антенатальной профилактики РДС плода (при многоплодной беременности - плодов).

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 проведением антенатальной профилактики РДС плода (при многоплодной беременности - плодов). На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на проведение антенатальной профилактики РДС плода (при многоплодной беременности - плодов) введением раствора дексаметазона (дексона) по 6 мг в/м через 12 часов № 4 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: _____ г. 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: «»20_____ г. Время: час мин. _____

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)