

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

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 инфузионной терапии;
- б) о том что, при проведении инфузионной терапии используется одноразовый расходный материал, соответствующее оборудование. Но и при соблюдении всех возможных мер профилактики, имеются специфические и неспецифические осложнения (аллергические реакции, гипотензия, сердечнососудистые осложнения, бронхоспазм, инфекционные осложнения, кровотечение, пневмоторакс, головная боль, эмболические, метаболические, и прочие); а также технические трудности при выполнении пособия могущие повлечь причинение вреда здоровью различной степени тяжести.

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, 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 инфузионной терапии. 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» 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

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

" " 20 года
(дата оформления)