

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КАТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ (ПОДКЛЮЧИЧНОЙ, ЯРЕМНОЙ, БЕДРЕННОЙ)

*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 наличия показаний для проведения катетеризации центральной вены и установки центрального венозного катетера;
- б) о том что, катетеризация центральных вен выполняется по экстренным и неотложным показаниям (ст. 32 «Медицинская помощь» ФЗ № 323), в условиях крайней необходимости (ст. 39 УК РФ) и обоснованного риска (ст. 41 УК РФ), когда имеющаяся или потенциальная опасность, угрожающая здоровью пациента, не может быть устранена иными способами (введение инфузионных растворов или вазоактивных препаратов через одну или несколько периферических вен, потребность в проведении экстренного гемодиализа, необходимость углубленного мониторинга гемодинамики и прочее), а риск отказа от данной манипуляции может превышать риск возможных осложнений и смертельного исхода, по сравнению с таковым при катетеризации центральной вены;
- в) о том, что под катетеризацией центральных вен подразумевается установка катетера в верхнюю или нижнюю полые вены, реже, в правое предсердие через магистральные вены - как правило, подключичную, наружную или внутреннюю яремную, бедренную;
- г) о целях катетеризации вены, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- д) о связанном риске, возможных вариантах катетеризации, о последствиях и осложнениях (к которым относятся: кровотечение с формированием гематомы и/или гемоторакса и/или кровопотери, пневмоторакс, аритмия, воздушная эмболия, инфекционные и тромботические осложнения);
- е) редкими осложнениями катетеризации являются гидроторакс, хилоторакс, перфорация центральных сосудов и/или камер сердца, тампонада перикарда, миграция катетера, злообразование/миграция проводника).

**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 катетеризации подключичной, наружной/внутренней яремной, бедренной вены (нужное подчеркнуть). 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)