

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА**

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьями 20,21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. 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)

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:

Во втором периоде родов (период изгнания плода) могут возникнуть ситуации, требующие немедленного прекращения II периода родов или его исключения, а именно:

- выявление признаков внутриутробного страдания плода или нарастание их тяжести во втором периоде родов;
- острая гипоксия плода при отсутствии технической возможности проведения операции кесарева сечения (головка плода в выходе малого таза);
- слабость родовой деятельности во втором периоде родов;
- запланированное исключение или укорочение второго периода родов при наличии экстрагенитальной патологии, когда противопоказаны сильные и длительные потуги;
- низкое поперечное стояние стреловидного шва головки плода;
- асинклитическое вставление головки плода, препятствующее нормальному течению родов.

В перечисленных выше случаях, а также в некоторых случаях при проведении родоразрешения путем операции кесарева сечения, возникает необходимость проведения операции вакуум-экстракции плода с применением специального медицинского изделия - вакуум-экстрактора.

Мне (представляемому) объяснено, что при проведении операции вакуум-экстракции плода проведения анестезиологического пособия не требуется и даже не желательно, так как роженица должна активно участвовать в процессе родов.

Кроме того, мне (представляемому) объяснено, что при проведении операции вакуум-экстракции плода могут возникнуть осложнения: повреждения у плода (повреждения мягких тканей головки плода, кефалогематома, подпапневротическая гематома), дистоция плечиков, нарушение мочеиспускания у роженицы, гематомы и разрывы мягких тканей родового канала.

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 медицинского вмешательства. 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 операции вакуум-экстракции плода.

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 операции вакуум-экстракции плода. На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции, я (представляемый) добровольно \_\_\_\_\_ (вписать даю/не даю) свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в БУ «Лангепасская городская больница» посредством видеонаблюдения с целью предотвращения нарушения прав пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи, соблюдая при этом принципы конфиденциальности, нормы этики и деонтологии.

Я (представляемый) добровольно (вписать «даю», «не даю») свое согласие/отказ на проведение операции вакуум-экстракции плода и прошу медицинский персонал БУ «Лангепасская городская больница» о её проведении.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О (полностью) дата □

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированного медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ ;

Врач \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин ( \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ )

пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на выше указанные медицинские вмешательства.

Дата: \_\_\_\_\_ 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 отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (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 вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: \_\_\_\_\_ Время: час мин. \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )