

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА
ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ
РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 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.

Я (представляемый) подтверждаю, что мне (представляемому) разъяснено, почему прием препаратов, действие которых направлено на предотвращение заражения моего (представляемого) будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека или/и лечение ВИЧ-инфекции необходимо, разъяснено действие назначаемых мне (представляемому) и моему (представляемому) будущему ребенку препаратов.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

- назначенные мне (представляемому) препараты должны подавлять размножение вируса в моем (представляемого) организме и предотвратить проникновение ВИЧ в организм моего (представляемого) будущего ребенка;
- чем лучше я (представляемый) буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой (представляемый) будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною (представляемым) всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего (представляемого) будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет 1-2%. Однако, если я (представляемый) не буду принимать назначенные мне (представляемому) лекарства или буду принимать их с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;
- все назначаемые мне (представляемому) и моему (представляемому) будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в Российской Федерации;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне (представляемому) и моему (представляемому) будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я (представляемый) информирован(а);
- если вследствие приема назначенных мне (представляемому) лекарств возникнет угроза моему (представляемому) здоровью, я (представляемый) буду проинформирован(а) об этом для принятия мною (представляемым) решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;
- если вследствие приема назначенных мне (представляемому) лекарств возникнет угроза моей (представляемого) жизни или жизни моего (представляемого) будущего ребенка, химиопрофилактика /лечение могут быть прекращены по решению лечащего врача. В этом случае мне (представляемому) должны быть разъяснены причины этого решения;
- я (представляемый) могу прекратить принимать назначенные мне (представляемому) лекарства в любой момент по своему (представляемого) желанию, однако мне (представляемому) разъяснено, что это повысит вероятность заражения ВИЧ моего (представляемого) будущего ребенка и может стать причиной прогрессирования ВИЧ-инфекции у меня (представляемого);
- что прикладывание моего (представляемого) ребенка к груди и/или кормление его моим (представляемого) грудным молоком повысит риск его заражения;
- что искусственное вскармливание - наиболее безопасный метод вскармливания моего (представляемого) ребенка.

Я (представляемый) обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне (представляемому) препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на исследование кровь;
- принимать назначенные мне (представляемому) лекарственные препараты в соответствии с предписанием лечащего врача;
- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных мне (представляемому) препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего (представляемого) здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я (представляемый) считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне (представляемому) препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне (представляемому) химиопрофилактику/лечение, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщить об этом лечащему врачу.

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 химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов.

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 химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов. 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 химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов 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 запланированных обследования и лечения 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 _____ (_____)