

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА С ПРОВЕДЕНИЕМ ПАРТНЕРСКИХ 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, _____ года рождения _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

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)

Подтверждаю, что 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.

Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен с положениями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Хаты-Мансийском автономном округе - Югре на текущий период касаясь вопросов организации оказания медицинской помощи и сроков ее предоставления.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Семейно-ориентированные (партнерские) роды - практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Период партнерских родов охватывает период с момента начала регулярной родовой деятельности до истечения 2 часов раннего послеродового периода.

Члену семьи (доверенному лицу) предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев: экстренного оперативного родоразрешения, карантина в учреждении. Член семьи (доверенное лицо) не должен иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры тела, проявлений респираторной инфекции, диареи). Реализация такого права осуществляется без взимания платы.

К участию в родах могут допускаться совершеннолетние лица, указанные в информированном добровольном согласии пациента на предоставление информации о состоянии здоровья (не более 1 человека), при наличии документа, удостоверяющего личность (с фотографией) и действующей флюорографии (в течение 1 года, с обязательной отметкой), а также результат исследования (ИХА или ПЦР), подтверждающий «отрицательный» статус по COVID-19 давностью не более, чем 48 часов до предполагаемой даты родоразрешения.

При проведении партнерских родов, поступающие в родовое отделение роженица и ее член семьи (доверенное лицо) должны быть ознакомлены в соответствии со статьей 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" утвержденным порядком участия близких родственников (доверенных лиц) в родах под роспись и четко следовать инструкциям медицинского персонала, соблюдая все необходимые требования.

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 с проведением партнерских родов. 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 с проведением мне (представляемому) партнерских 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 партнерских родов. На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачам.

Я (представляемый) добровольно (*вписать: «даю», «не даю»*) свое согласие с проведением партнерских родов и прошу медицинский персонал БУ «Лангепасская городская больница» об их проведении.

Прошу допустить моего (представляемого) члена семьи (доверенное лицо) к участию в партнерских родах _____

(Ф.И.О. члена семьи (доверенного лица), степень родства)

Я, член семьи пациента (представляемого) (доверенное лицо) (Ф.И.О.) подтверждаю, что учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства и/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 (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Я (представляемый) подтверждаю, что я (представляемый) и член моей семьи (доверенное лицо) были ознакомлены с утвержденным порядком участия близких родственников (доверенных лиц) в родах и правилами внутреннего распорядка. Обязуемся выполнять необходимые требования и рекомендации медицинского персонала.

| | | | |
|---|---------|-------------------|------|
| Пациент (законный представитель) _____ | Подпись | Ф.И.О (полностью) | дата |
| Член семьи пациента (доверенное лицо) _____ | 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

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 _____ (_____)