|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| image000.png | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | Утверждено | | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | Приказом ФМБА России от | | | | |  |
|  | | | | |  | 30.03.2007 № 88 | | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| **Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | **в том числе переливание крови и ее компонентов** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество – полностью) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| года рождения, проживающий(ая) поадресу | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| находясь на лечении (обследовании) в Общество с ограниченной ответственностью "МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКАЛ ОН ГРУП - ХАБАРОВСК" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Добровольно даю свое согласие на проведение мне операции: | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  | | (название медицинского вмешательства) | | | | | | |  |  |  | |  | |  |
| и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| согласие на | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (операцию или другое медицинское вмешательство) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | года | | | | | | | | Подпись пациента | | | |  | X | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Расписался в моем присутствии: | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Врач: | Генеральный директор Шершова Наталья Юрьевна | | | | | | | | | | | (подпись) | |  | X | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | (Должность, И.О. Фамилия) | | | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |