|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |