

наименование учреждения

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,
в т.ч. переливание крови и ее компонентов**Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

паспорт _____,

выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении

(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) 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 (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) 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 (предупреждена), 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 (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) 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 (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) 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.

- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на

"____" _____ 20 ____ года.

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии: Врач

(подпись)

(подпись)

