

Организация

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,  
в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствие со ст. 30, 31, 32, 33 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 30.12.2008)

Я \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя)  
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) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции: \_\_\_\_\_ (услуги) 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 понятны и добровольно даю свое согласие на \_\_\_\_\_ (услуги)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(Должность, Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача / заместителя главного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением главного врача / заместителя главного врача.

**Дополнительная информация:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(Должность, Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

**Консилиум врачей в составе:**

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_