

### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
*(фамилия, имя, отчество полностью)* *(дата рождения)*

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

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

Я, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_,  
*(Ф.И. О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)*

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в \_\_\_\_\_

*(полное название ЛПУ, отделения)*

добровольно даю свое согласие на проведение мне операции \_\_\_\_\_

*(название медицинского вмешательства)*

и прошу персонал \_\_\_\_\_

*(полное название ЛПУ)*

о ее проведении.

1. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (ей, ему) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 (им, ею) 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
6. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови, и даю/не даю *(необязательно зачеркнуть)* согласие на переливание донорской или собственной крови и ее компонентов.
7. Я согласен/не согласен (согласна/не согласна) *(необязательно зачеркнуть)* 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.
8. 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 и исчерпывающие ответы.
9. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов.
10. О последствиях и возможных осложнениях при выполнении оперативного вмешательства, в т.ч. переливания крови и ее компонентов и связанных с ними рисках, информирован(а) врачом:

*(фамилия, имя, отчество врача, должность)*

Содержание данного согласия мною прочитано « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

\_\_\_\_\_  
*(подпись пациента)* *(Ф.И.О.)*

Подтверждаю, что мною разъяснена и предоставлена полная информация пациенту, касающаяся оперативного вмешательства, в т.ч. переливания крови и ее компонентов в отношении него; на все вопросы, связанные с данными вмешательствами, были даны ответы « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_  
*(подпись врача)* *(Ф.И.О.)*

расписался в присутствии пациента