

**ИНФОРМАЦИЯ  
О МЕТОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫХ С  
НИМИ РИСКАХ,  
ВИДАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ  
И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах медицинской помощи указаны в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>	
гражданин: 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)	

поставлен (поставлена) в известность, что я (мой ребенок) госпитализирован (госпитализирована) в отделение: \_\_\_\_\_ Мне,

согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения, а также предоставлена возможность задавать интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах лечения, в том числе и хирургических вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка).

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования, ректального исследования; антропометрии, термометрии, тонометрии. В соответствии с назначениями врача, проведения диагностического обследования: лабораторные исследования: анализа крови и мочи клинического, биохимического; иммунологических, бактериологических и вирусологических исследований, в том числе исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми; функциональных методов обследования: электрокардиографии, суточного мониторирования электрокардиограммы, суточного мониторирования артериального давления, спирографии, пневмотахографии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, видео-электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных), проведения рентгенологических, ультразвуковых, доплерографических исследований, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии, эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, ларингоскопии), диагностических и лечебных пункций, в том числе с установкой дренажей, проведение биопсий тканей, в том числе внутренних органов, катетеризации периферических и магистральных сосудов; лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций внутримышечных, подкожных, внутрикожных, внутривенных вливаний, внутрикостных, интратекальных; физиотерапевтических процедур, медицинского массажа и лечебной физкультуры. Я проинформирован (а), что применяемые в лечении лекарственные препараты могут иметь побочные действия.

Мне, в доступной форме разъяснены необходимость и основные этапы лечения, в том числе проведение дополнительных методов обследования и лечения в зависимости от изменений в диагнозе и тактике лечения. Мне понятно, что эффект от проводимого лечения может быть достигнут не в полном объеме, а также возможно временное или постоянное изменение качества жизни по причинам независящим от медицинского персонала учреждения.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (моему ребенку) делать во время их проведения. В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе обследования и лечения, я разрешаю применение медицинских вмешательств, которые по мнению лечащего врача, целесообразны в таких случаях.

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 (моим ребенком) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

X

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

X

(Ф.И.О., должность)

Я ознакомлен (а) с режимом работы учреждения, правилами посещения меня (моего ребёнка) родственниками и другими лицами, обязуюсь выполнять правила внутреннего распорядка, а также соблюдать запрет на употребление спиртных напитков и курение в помещениях больницы.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками, студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении медицинского осмотра, диагностического обследования и лечения.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие**  
(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____</b>	
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)	

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Я поставлен (а) в известность, что диагностическое исследование или хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия. Мне разъяснены основные этапы анестезии: вдыхание ингаляционного анестетика через лицевую маску, введение препаратов для анестезии в вену, спинно-мозговой канал (эпидурально, интратекально), внутримышечно, внутрикостно, проведение искусственной вентиляции лёгких через эндотрахеальную трубку, плексусная анестезия, местная анестезия кожных покровов.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных, со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы растений, и шерсти животных; обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств.

Я информирован (а) о целях, методах и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства. Я предупрежден (а) о факторах риска и возможных осложнениях, в частности, о наличии сопутствующих заболеваний, которые могут влиять на течение анестезиологического обеспечения, о непереносимости некоторых видов анестезии у членов семьи и родственников. Я понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренным причинением вреда здоровью и даже неблагоприятным исходом. Я осознаю и мне разъяснено, что во время анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения: кровотечение, повреждение зубов и слизистой оболочки, травмы верхних дыхательных путей, тошнота, рвота, мышечная слабость, повышение или снижение артериального давления, гипертермия, озноб, эмболия, анафилактический шок и другие аллергические реакции, парезы и нарушение чувствительности в конечностях, головная боль, боль в спине, спинальные гематомы, воспаление мозговых оболочек, остановка сердечной и дыхательной деятельности и другие. Я проинформирован (а), что применяемые препараты для анестезии имеют следующие побочные действия: мышечная ригидность, психозоподобные (галлюциногенные) эффекты, угнетение дыхания, бронхо- и ларингоспазм, коллапс, аллергические реакции, нарушение ритма сердца, воспаление вен, тошнота, рвота, головкружение и головная боль.

Я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства может быть изменена врачами по их усмотрению, с целью обеспечения максимальной защиты организма от медицинского вмешательства.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме и прошу врача о его проведении

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении анестезиологического пособия.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Тамбовская областная детская клиническая больница»**

**Информированное добровольное согласие  
на проведение профилактических прививок детям или отказа от них  
(Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2009 г. N 19н,  
Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>
гражданин: 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)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»<sup>i</sup> отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»<sup>ii</sup>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки<sup>iii</sup> \_\_\_\_\_  
(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_)  
(название прививки)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_  
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)<sup>iv</sup> \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата \_\_\_\_\_  
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись) Дата \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»

**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>	
гражданин: 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)	

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:

\_\_\_\_\_

(название вида операции)

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.

Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как кровотечение, перфорация перегородки носа с последующей установкой передней и задней тампонады носа, боль в горле, парез мягкого неба (вследствие развития гнусавости, изменение голоса), рубцовый стеноз носоглотки, медиастинит, развитием бокового или заглоточного абсцессов, повреждение устья слуховой трубы, отит, рецидив заболевания, воспалительные поражения глотки, обострение хронического воспаления лор-органов, нагноение раны, повышение температуры тела, затруднение носового дыхания, нарушение слуха, длительное образование корок в носу, тошнота и рвота, рубцовые изменения слизистой, возникновение воспалительных процессов в миндалинах, заглоточном пространстве, регионарных лимфатических узлах, гематома/абсцесс перегородки носа, синехии/рубцы, сенсорные нарушения (аносмия), гипостезия в области верхнего неба, нарушение зрения, эстетические осложнения (изменение проекции кончика носа, седловидная деформация, ретракция колломеллы), вторичное искривление перегородки носа, при проведении эндоскопии (нарушение целостности стенки орбиты, кровотечения, слепота), назальная ликворея и др., что потребует дополнительных вмешательств и 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 (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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

## АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

### Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____</b>
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)

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:

#### **кесарево сечение**

(название вида операции)

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия.

Мне ясно, что в процессе проведения кесарева сечения, врач, на основании профессионального опыта, может расширить объем операции при выявлении заболеланий придатков, шейки и тела матки. Я разрешаю врачу, исходя из ситуации, предпринять в необходимых пределах дальнейшие действия, касающиеся диагностики и лечения моего заболевания, вплоть до удаления тела матки и ее придатков.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.

Я понимаю что послеоперационный период может сопровождаться болевыми ощущениями внизу живота, ощущением слабости и недомогания в течение первых нескольких дней после операции.

Я понимаю, что выполнение операции кесарево сечение может приводить к следующим осложнениям: ранение кишечника, крупных сосудов, мочеочника и мочевого пузыря, парез кишечника, перитонит, эндометрит, тромбоз, тромбоз эмболия, эмболия околоплодными водами, кровотечение, ранение или травма ребенка.

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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)   
(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

#### **Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства.**

#### **Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

## АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</b> 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)

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного или лечебного пособия при родоразрешении через естественные родовые пути (нужное подчеркнуть):

Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. Эпизиотомия, перинеоррафия, эпизиоррафия. Амниотомия. Вакуум-аспирация полости матки после родов. Родовозбуждение, стимуляция раствором окситоцина через инфузомат. Ручное обследование полости матки.

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего медицинского вмешательства. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено с применением анестезиологического пособия.

Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.

Я понимаю, что родоразрешение через естественные родовые пути может приводить к следующим осложнениям: разрыв промежности, влагалища, больших и малых половых губ, клитора, шейки матки, перфорация, разрыв матки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, симфиза, расхождение крестцово-подвздошного сочленения, повреждение нервных стволов, нарушение мочеиспускания и дефекации в послеродовом периоде, эндометрит, повреждение плода: повреждение головки плода (разрывы, ссадины, кровоподтеки, абсцессы некроз), кефалогематома, подпапневратическая гематома, кровоизлияния в сетчатку глаза, перелом костей черепа, разрыв швов, внутричерепные кровоизлияния, повреждение нервов, сосудов, анемия, дистоция плечиков (паралич Эрба/ Дюшена, Клюмпке), перелом ключицы и длинных костей, асфиксия, расхождение черепных швов, гипоксия плода, отслойка плаценты, кровотечение, выпадение мелких частей плода, пуповины, патологические вставления головки, изменение положения плода, эмболия околоплодными водами.

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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ _____ ” _____ 20____ года. <u>Подпись пациента/законного представителя</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Врач _____ (подпись) (Ф.И.О., должность)	<input checked="" type="checkbox"/>

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

#### Решение врачебного консилиума (дежурного врача):

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства или лечебного пособия при родоразрешении через естественные родовые пути.**

#### Консилиум врачей:

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»

**ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>	
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)	

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(название вида операции)

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия.

Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.

Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как кровотечение, повреждение близлежащего органа, миграция и перелом фиксатора, что потребует дополнительных вмешательств и 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 (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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)   
(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства.**

**Консилиум врачей:**  
Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

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

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>	
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)	

Находящийся (аяся) на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название вида операции)

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящего оперативного лечения. Мне, в доступной форме разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Я поставлен (а) в известность, что хирургическое вмешательство может быть выполнено только с применением анестезиологического пособия.

Я предупреждён (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, кровотечений в операционном и послеоперационном периоде, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (летального) исхода.

Я предупрежден (а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как повреждение сосудов, нервов, кровотечение, повреждение близлежащего органа, перитонит, что потребует дополнительных вмешательств и 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 (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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)   
(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства.**

**Консилиум врачей:**  
Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года



“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

**Перечень**  
**определенных видов медицинских вмешательств, на которые**  
**граждане дают информированное добровольное согласие при выборе**  
**врача и медицинской организации для получения первичной медико-**  
**санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Эндоскопические методы обследования (эзофагогастродуоденоскопия, ларингоскопия, бронхоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия).

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Тамбовская областная детская клиническая больница»

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в  
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для  
получения первичной медико-санитарной помощи**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года, приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 №1051н)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата 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)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница».

Медицинским работником Врач  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

“ ” 20 г. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_  
Врач

(Ф.И.О., должность) (подпись) \_\_\_\_\_

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в

выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача): По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении медицинского осмотра, диагностического обследования и лечения.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

### **Перечень**

**определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Эндоскопические методы обследования (эзофагогастродуоденоскопия, ларингоскопия, бронхоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия).
16. Цитогенетические исследования.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Тамбовская областная детская клиническая больница»**

**Информированное добровольное согласие пациента на операцию переливания  
компонентов крови**

*(приказ МЗ РФ от 28.10.2020 №1170н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология")*

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я,</b> _____ 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)
--

получил разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от переливания компонентов крови может осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я соглашаюсь с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Я не соглашаюсь (отказываюсь) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись врача).  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в переливании компонентов крови**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

### Предтрансфузионный эпикриз

Дата \_\_.\_\_.\_\_.г. Время \_\_:\_\_

Ввиду наличия анемии, дефицита факторов свертывания, продолжающегося кровотечения, тромбоцитопении (нужное подчеркнуть) больному показана трансфузия эритроцитарной массы, эритроцитарной взвеси, отмытых эритроцитов, свежемороженой плазмы, тромбоцитарного концентрата (нужное подчеркнуть) \_\_\_ ( ) группы, Rh ( ) \_\_\_\_\_, в объеме \_\_\_ мл, внутривенно в течение \_\_\_\_\_. Противопоказаний не выявлено.

Фамилия \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

### Посттрансфузионный эпикриз

Дата \_\_.\_\_.\_\_.г. Время \_\_:\_\_

Трансфузия проведена. Осложнений не выявлено.

Контроль ОАК и ОАМ на \_\_.\_\_.\_\_.г.

Фамилия \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

### Эффективность трансфузии

Дата \_\_.\_\_.\_\_.г. Время \_\_:\_\_

Взяты контрольные ОАК и ОАМ.

По результатам трансфузии эритроцитарной массы, эритроцитарной взвеси, отмытых эритроцитов, свежемороженой плазмы, тромбоцитарного концентрата (нужное подчеркнуть), лабораторно HGB гр/л, HCT %, PLT  $10^9$ /л, данные за продолжающееся кровотечение есть/нет, время свертывания крови \_\_\_\_\_. Поставленная задача достигнута (не достигнута).

Фамилия \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Тамбовская областная детская клиническая больница»

(приказ МЗ РФ от 28.10.2020 №1170н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология")

**Добровольное информированное согласие на аппаратную  
интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов**

В ГБУЗ «Тамбовская» осуществляется услуга по методике аппаратной интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов. Данная методика дает возможность обеспечить пациента аутоэритроцитарной взвесью. Проведение указанной процедуры не сопровождается возникновением осложнений и не несет в себе каких-либо неблагоприятных последствий для здоровья пациентов.

Итогом услуги является приготовление и использование аутоэритроцитарной взвеси, что снижает риск возникновения гемотрансфузионных осложнений и исключает возможность заражения гемотрансмиссивными инфекциями – ВИЧ, гепатиты, сифилис, цитомегаловирус, вирусы герпеса и др.

Настоящая услуга заключается в надлежащем выполнении указанного выше медицинского вмешательства в связи с

---

указать диагноз

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись пациента), получил разъяснения по поводу интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Мне \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись пациента), представлена информация, что с помощью указанного медицинского вмешательства повышается клинический эффект основного лечения. Ознакомившись с условиями предоставления указанной выше медицинской услуги и в соответствии с собственным желанием и возможностями, предоставленными ГБУЗ «ТОДКБ», изъявляю согласие на выполнение интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов на вышеуказанных условиях. Я знаю, что у меня есть выбор, прибегнуть или не прибегнуть к выполняемой услуге, и меня устраивает порядок ее предоставления.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись врача).

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача), \_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача), \_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Гамбовская областная детская  
клиническая больница»

**Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства  
(госпитализации)**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_

(ф.и.о полностью, число, месяц, год рождения)

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

**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)

Информирован (а) в беседе с врачом о состоянии здоровья моего ребенка:

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения, а также предоставлена возможность задавать интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах лечения, в том числе и хирургических вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка).

Также в беседе с врачом была проинформирована о возможных последствиях, связанных с отказом от медицинского вмешательства (госпитализации), в том числе о возможных осложнениях заболевания:

На все интересующие вопросы я получил (а) понятные ответы. После получения информации и соответствующих разъяснений, я добровольно выражаю отказ от медицинского вмешательства (госпитализации).

Я не буду иметь какие-либо претензии к руководству и персоналу больницы в случае развития негативных последствий вследствие принятого мною решения.

\_\_\_\_\_  
Подпись врача, истребующего отказ

\_\_\_\_\_  
Дата

Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа и согласна с ними.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Дата

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Гамбовская областная детская  
клиническая больница»**  
**Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства  
(госпитализации)**  
*(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)*

Я, \_\_\_\_\_  
(ф.и.о полностью, число, месяц, год рождения)

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

<p><b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____</b>  <b>паспорт: _____, выдан _____</b>  <b>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____</b>  <small>(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</small></p>
--

Информирован (а) в беседе с врачом о состоянии здоровья моего ребенка:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения, а также предоставлена возможность задавать интересующие вопросы о характере, степени тяжести, прогнозе, методах лечения, в том числе и хирургических вмешательствах, исследованиях и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка).

Также в беседе с врачом была проинформирована о возможных последствиях, связанных с отказом от медицинского вмешательства (госпитализации), в том числе о возможных осложнениях заболевания:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

На все интересующие вопросы я получил (а) понятные ответы. После получения информации и соответствующих разъяснений, я добровольно выражаю отказ от медицинского вмешательства (госпитализации).

Я не буду иметь какие-либо претензии к руководству и персоналу больницы в случае развития негативных последствий вследствие принятого мною решения.

\_\_\_\_\_  
 Подпись врача, истребующего отказ

\_\_\_\_\_  
 Дата

Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа и согласна с ними.

\_\_\_\_\_  
 Подпись пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
 Дата

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская  
клиническая больница»

**Информированное добровольное согласие на назначение лекарственного  
препарата, незарегистрированного в Российской Федерации.**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</b> 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)

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя (родителя(лей), усыновителя(лей), опекуна(ов), попечителя(лей) полностью)

согласен(а) \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ назначение \_\_\_\_\_ моему  
ребенку \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О ребенка, дата рождения)

лекарственного препарата, незарегистрированного в \_\_\_\_\_ Российской Федерации  
(название)

1. Я в полной мере проинформирован (а) о целях, возможном риске, последствиях, результатах назначения данного лекарственного препарата.
2. До меня доведена информация, что контроль качества вышеуказанного незарегистрированного в РФ лекарственного препарата на территории РФ не осуществляется, о случаях возникновения нежелательных реакций, а так же при неэффективности лечения необходимо сообщить лечащему врачу.
3. Я знаю, что препарат следует давать ребёнку в строгом соответствии с протоколом Федерального консилиума, хранить в соответствии с инструкцией.
4. До меня доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, возникающих при применении данного лекарственного препарата в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.
5. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы по применению данного лекарственного препарата. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.
6. Мое решение является добровольным и представляет собой информированное согласие на назначение вышеуказанного лекарственного препарата, незарегистрированного в РФ.

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Ф.И.О. законного(ых) представителя(лей), Подпись)

Врач \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Должность, Ф.И.О, Подпись)

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Гамбовская областная  
детская клиническая больница»**

**Информированное добровольное согласие на оформление рецепта в форме электронного  
документа и обработку персональных данных**

*(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)*

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

проживающий (ая) по

адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</b> Я, паспорт: _____, выдан _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ <p align="center">(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>
--

в соответствии с требованиями приказа от 11 июля 2017 года № 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность» и Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения подтверждаю свое согласие на формирование рецепта в форме электронного документа, а также на обработку

моих , лица, законным представителем которого являюсь , персональных данных, необходимых для оформления рецепта в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – аптечным организациям, а также иным участникам программы льготного лекарственного обеспечения

мои , лица, законным представителем которого являюсь , персональные данные, необходимые для оформления рецепта в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

- а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя  X

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)  X  
(Ф.И.О., должность)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных  
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное  
согласие при выборе врача и медицинской организации  
для получения первичной медико-санитарной помощи**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный  
по адресу: \_\_\_\_\_,

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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

гражданин: 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)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Подпись пациента/законного представителя

X

Врач

(подпись)

X

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении медицинского осмотра, диагностического обследования и лечения.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Тамбовская областная детская клиническая больница»**

**Информированное добровольное согласие на прерывание беременности по  
медицинским показаниям в сроке до или более 12 недель беременности.**

*(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ  
Министерства Здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. N 216н)*

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения полностью

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>
гражданин: 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)

прошла обследование (УЗИ плода) и консультацию специалистов (акушер-гинеколог, генетик, детский хирург, кардиолог, невролог) в консультативно-диагностическом отделении Перинатального центра ГБУЗ «ТОДКБ»

Диагноз: \_\_\_\_\_

Учитывая выявленную патологию у плода, я согласна на прерывание беременности по медицинским показаниям методом \_\_\_\_\_

Мне в доступной форме разъяснены возможные последствия и осложнения.

По моей просьбе были объяснены непонятные медицинские термины, мною были заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы.

Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом о том что:

- имею право на искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;
- при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности, могут возникнуть осложнения.

**Во время проведения искусственного прерывания беременности:**

- осложнения анестезиологического пособия;
- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
- кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

**Осложнения после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:**

- бесплодие;
- хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки;
- нарушение функции яичников;
- тазовые боли;
- внематочная беременность;
- невынашивание беременности;
- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах (преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде);
- психические расстройства;
- опухолевые процессы матки;
- скопление крови в полости матки;
- остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки.

Дата, подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата, подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная  
детская клиническая больница»

**Информированное добровольное согласие  
на проведение искусственного прерывания беременности по  
желанию женщины**

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»,  
приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 апреля 2016 г. N 216н)

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу:

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я,</b> _____
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)

Я, \_\_\_\_\_, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов;

7 дней\*.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)\*\*: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

X

Дата " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

# Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному

(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606)

Я \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу:

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>	
гражданин: 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)	

, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;

- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;

- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

- тем не менее даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

- сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) 

X
---

  
(Ф.И.О., должность)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

# Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

(Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",  
Федеральный закон от 30.03.1995 г. N 38-ФЗ)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу:

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных</b>
гражданин: 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)

, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.

- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продлевает жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

1) при сексуальных контактах без презерватива;

2) через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

3) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только неинфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно, используя только стерильные инструменты.

- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.

- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя  X

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) | X |

**Со мной проведена после тестовая консультация.**

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя  X

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) | X |

**КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**  
**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**  
(Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11 2011 года «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью, дата рождения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____</b>
<b>паспорт: _____, выдан _____</b>
<b>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____</b>
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю своё согласие на проведение **хорионбиопсии, плацентобиопсии, амни-и кордоцентеза с целью пренатальной диагностики хромосомных или моногенных болезней плода** (нужное подчеркнуть).

При этом мне известно, что риск гибели плода самопроизвольного прерывания беременности после операции не превышает 1%. При наличии исходного нарушения развития или пороков развития плода риск гибели плода и самопроизвольного прерывания беременности после операции увеличивается до 5-30%. Риск каких-либо иных осложнений беременности после операции не превышает популяционный.

Результаты цитогенетического исследования в типичных случаях позволяют исключить хромосомные болезни или определить кариотип у плода с вероятностью более 99%.

С вероятностью 1-2% полученный операционный материал может быть непригодным по количеству или качеству для проведения исследования, что может потребовать повторной операции, а при невозможности её выполнения или нежелания пациентки перинатальной диагноз не будет поставлен.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена информация о методе оперативного вмешательства, диагностических возможностях, предполагаемого исследования. Я обсудила все интересующие меня вопросы, получила на них удовлетворяющие меня разъяснения. Моё согласие на проведение предложенного оперативного вмешательства является свободным и осознанным.

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 своё согласие на это.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на проведение оперативного вмешательства в предложенном объеме и прошу медицинский персонал его провести.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)   
(Ф.И.О., должность)

При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

**Решение врачебного консилиума (дежурного врача):**

**По жизненным показаниям, в связи с неспособностью пациента выразить свою волю, отсутствием законных представителей ребёнка, пациент нуждается в проведении оперативного вмешательства.**

**Консилиум врачей:**

Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_  
Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_  
Ф.И.О., должность, подпись \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года