

## Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

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)

находясь на лечении (обследовании) в медицинском центре «Орхидея».

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

\_\_\_\_\_ (название медицинского вмешательства)

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 **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, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

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

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 года

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

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, Ф. И.О., подпись)