



бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутская городская клиническая поликлиника №1»

(разработано в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21 ноября 2011
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
(с изменениями и дополнениями))

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на оперативное вмешательство

✓ я Ф.И.О. полностью

(фамилия, имя, отчество полностью собственноручно)

✓ дата года рождения, проживающий (ая) по адресу: домашний адрес

рбисденция

или законный представитель пациента

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 в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» в отделении

✓ Центр амбулаторной хирургии

(название отделения)

добровольно даю свое согласие на проведении мне (представляемому) операции:

✓ наименование операции с указанием места расположения

(название операции с точным указанием области вмешательства, указанием стороны (справа, слева), указанием поверхности (передней, задней, боковой))

и уполномочиваю персонал БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» на его проведение.

Подтверждаю, что я подробно ознакомлен (ознакомлена) в доступной для меня форме с последовательностью манипуляций хирурга во время предстоящей мне (представляемому) операции. Подтверждаю, что я получил(а) исчерпывающую информацию о том, что методикой моей операции является индивидуальное воздействие на мои ткани (кожу, мягкие ткани, слизистые оболочки, костные ткани, сосуды, нервы) специальными медицинскими инструментами (в том числе колющими и режущими), с применением стерильного шовного материала. Я ознакомлен(а), что целью моей операции является устранение или облегчение проявлений моего заболевания (состояния), то есть восстановление или улучшение моего здоровья, моей трудоспособности и моего качества жизни.

Мне в доступной для меня форме разъяснено и я полностью осознаю, что во время операции имеется риск возникновения внезапных непредвиденных случайных событий (непрогнозируемые до операции и обнаруженные только после рассечения тканей визуальные и пальпаторные изменения), требующих изменения ранее запланированного хода операции в связи с вновь открывшимися обстоятельствами, и также направлено на восстановление или улучшение моего здоровья, трудоспособности и качества жизни. В этом случае я также согласен (согласна) на то, что последовательность операции может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска любого вмешательства, связанного с хирургическими действиями (рассечением кожи, рассечением мягких тканей, рассечением слизистых оболочек наружных локализаций, сшиванием ранее рассеченных тканей швами) и понимаю, что проведение любой хирургической операции сопряжено с риском развития в течение 10 дней с момента операции:

- 1) инфекционных осложнений (нагноения раны), в том числе в связи с наличием у меня хронических очагов скрытой воспалительной патологии придаточных пазух носа, уха, гортани, глотки, глоточных миндалин, бронхов, легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, почек, половых органов, мягких тканей, кожи, придатков кожи, костей, хронической воспалительной патологии зубов и челюстей;
- 2) спонтанного послеоперационного разрыва сосудов в области послеоперационной раны с растеканием крови в мягких тканях (гематомы), либо с наружным кровотечением из раны;
- 3) длительного послеоперационного болевого синдрома в области оперативного вмешательства (это состояние возможно при длительном вовлечении чувствительных нервных окончаний в длительный процесс заживления (до 6 месяцев) послеоперационных тканей)

- 4) длительного/постоянного послеоперационного синдрома анестезии в области оперативного вмешательства и в соседних анатомических областях (это состояние возможно при неизбежном пересечении нервных волокон во время операции при соблюдении принципов радикальности, а также при длительном вовлечении чувствительных нервных окончаний в длительный процесс заживления послеоперационных тканей)
- 5) воспалительных изменений в виде длительного (до 6 месяцев) болезненного/безболезненного уплотнения тканей в области оперативного вмешательства (инфильтрата), длительного (до 1 месяца с момента операции) отека тканей в области оперативного вмешательства;
- 6) длительной субфебрильной температуры (в связи с индивидуальными особенностями терморегуляции);
- 7) несостоятельности (расхождения) швов на коже и подкожных тканях;

Я ознакомлен (ознакомлена) с вышеперечисленными пунктами (с 1 по 7) и подтверждаю свое согласие на плановое оперативное вмешательство с учетом всех вышеуказанных рисков

подпись (подпись)

Я предупрежден (предупреждена), что в случае реализации вышеуказанных рисков в ряде случаев могут потребоваться повторные плановые и экстренные операции, госпитализации в другие стационары (терапевтические и хирургическое).

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем подпись, обо всех обращениях за любой медицинской помощью в любую медицинскую организацию по поводу любых жалоб в течение последних 6 месяцев подпись обо всех аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов подпись, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах подпись операциях подпись заболеваниях подпись в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции подпись, вирусных гепатитах подпись туберкулезе подпись, инфекциях, передаваемых половым путем подпись, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности подпись, принимаемых лекарственных средствах подпись, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов (эритроцитарной массы, плазмы, тромбоцитарной массы). подпись

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также о факте и частоте употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств подпись.

Я полностью несу ответственность за полноту и достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья подпись.

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

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной для меня форме, мною полностью поняты и добровольно даю свое согласие на операцию:

наименование операции с указанием места расположения
(название операции с точным указанием области вмешательства, указанием стороны (справа, слева), шение
указанием поверхности (передней, задней, боковой))

Я понимаю, что с учетом вышеперечисленных рисков я могу отказаться как от любых, так и полностью от всех операций и процедур, описанных выше, или тех, которые могут быть предложены позже.

Я обязуюсь после проведения вышеуказанной операции заботиться о своем здоровье, выполнять все рекомендации лечащего врача, своевременно давать полную информацию лечащему врачу (заведующему отделением) лично во время осмотров и по сотовому контактному телефону лечащего врача (заведующего отделением) о всех своих жалобах, прочих заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и по другим вопросам, касающимся моего здоровья, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии здоровья, соблюдать план лечения, рекомендованный лечащим врачом, выполнять требования медицинского персонала при получении различных процедур, указаний лечащего врача.

Я информирован(а) о том, что медицинский персонал БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений при операции.

Я информирован(а) о возможности в случае необходимости в любое время (включая праздники и выходные дни) позвонить по любому вопросу, связанному с выполнением мне оперативного вмешательства заместителю главного врача по медицинской части по контактному телефону: 8 (3462) 52-70-02, сотовый телефон: 8-922-430-35-22.

Я извещен(а) о клиническом профиле БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» и о проводимой в нем преподавательской и научно-исследовательской работе и согласен (согласна) на анонимное использование (публикование) без указания персональных данных результатов моего (моего ребенка) обследования в научных и учебных целях.

согласен, подпись

(согласен/не согласен (согласна/не согласна), подпись, Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

✓ Ф.И.О. родственника, кому доверяете информацию о состоянии здоровья, и телефона

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

Я в доступной для меня форме информирован(а) о том, что БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» и его работники не несут ответственности за ухудшение состояния моего здоровья в результате несоблюдения мною режима лечения, плана лечения, требований медицинского персонала.

Со мной обсуждены последствия отказа от хирургического лечения. Я получил(а) исчерпывающие и полностью понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне хирургическое лечение.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания, лечения и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Я не буду иметь каких-либо претензий к БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

✓ « день операции 20 ____ года. ✓ подпись, Ф.И.О.

(дата)

(подпись пациента, Ф.И.О.)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, подпись, ФИО)

Дополнительная информация:

✓ « день операции 20 ____ года.

(дата)

✓ подпись, Ф.И.О.
(подпись пациента, Ф.И.О.)