

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, в т.ч. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПАНЕНТОВ**

Я,
пациент
Дата рождения:

ПОЛ:
возраст лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, паспорт
выдан серия номер
когда кем
являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:
 ФИО ребенка или недееспособного гражданина дата рождения

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ООО КДЦ «ПЕРСОНА-МЕД»:

1. Я даю информированное добровольное согласие на произведение мне (представляемому) хирургического вмешательства

НАИМЕНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

2. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) хирургического вмешательства. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего хирургического лечения.

3. 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.

4. Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение хирургической 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.

5. Я предупрежден(а), что в ряде случаев может потребоваться повторные хирургическое вмешательство, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

6. 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 (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.

7. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской крови или ауто (собственной крови и/или ее компонентов).

8. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

9. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на операционное вмешательство.

Подпись пациента / законного представителя

<input type="text"/>	дата	<input type="text"/>
<input type="text"/>	дата	<input type="text"/>

Врач

Фамилия и инициалы

подпись