

**Информированное добровольное согласие
на оперативное вмешательство**

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: серия _____, номер _____, 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 ООО «Центр Современной Хирургии», добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) амбулаторной (в дневном стационаре, в круглосуточном стационаре) операции: _____,

(название оперативного вмешательства)

и прошу ООО «Центр Современной Хирургии» назначить лечащим врачом _____.

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 врачом по его 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) о том, 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 (лицом мной представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических, производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (лицо мной представляемое) 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 (аудио, видеосъемка) и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

Я _____ согласен (согласна) на проведение в ходе операции консилиума врачей с целью уточнения диагноза и метода лечения.

Я _____ согласен (согласна) на участие в проводимой мне операции, при возникновении необходимости, второго хирурга по усмотрению лечащего врача.

Я _____ согласен (согласна) на проведение перевязок и других необходимых процедур в послеоперационном периоде подготовленными лицами из числа среднего медицинского персонала.

Мне была предоставлена возможность задать все вопросы о степени риска и пользе (необходимости) 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 проведение мне операции _____.

(название оперативного вмешательства)

"__" _____ 201__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)