**Письменное добровольное согласие**

**пациента на инвазивные процедуры высокого риска: интубация трахеи, пункция плевральной полости, люмбальная пункция, катетеризация центральных сосудов.** Я, пациент/законный представитель (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

находясь в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

даю свое согласие на проведение мне/лицу, законным представителем которого я являюсь

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

следующей процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

* Мне в доступной форме разъяснена цель процедуры и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования, лечения и госпитализации.
* Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о процедуре.
* Я знаю о праве отказаться от обследования при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.

2.Я знаю, что в моих интересах **сообщить врачу** обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам. 3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20 \_\_\_ г.

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание: Процедуры высокого риска – это процедуры и методы лечения и диагностики, определяемые Больницей, проведение которых имеет риски для здоровья пациентов и перед проведением которых пациент должен дать письменное информированное согласие.