

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
Система менеджмента качества		Версия: 1	Страница: 1 из 2

«УТВЕРЖДАЮ»
 Руководитель
 ГКП на ПХВ «Ленгерская городская поликлиника»
 УЗ Туркестанской области
 Наджаров А.Б.
 _____ года



Информированное согласие пациента на оперативное лечение

Я, (подчеркнуть): пациент / мама / папа / другое лицо: _____

(Ф.И.О. пациента)

с датой рождения: ____/____/____ г. г. нахожусь в _____
 (число, месяц, год рождения пациента)

даю согласие на проведение мне (ребенку, подопечному) операции:

(наименование операции)

1. Я информирован(а) о необходимости, целях, характере оперативного вмешательства. Мне объяснены ожидаемые результаты предстоящей операции.
2. Я информирован(а) о возможных альтернативных методах и вариантах лечения, а также о последствиях при отказе от лечения. Я предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут возникнуть **непредвиденные обстоятельства, экстренные случаи**, когда я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций, процедур и др.). В таких ситуациях врачи, непосредственно занятые в тот период времени моим лечением, будут принимать решение о дальнейшей тактике самостоятельно или консилиумом. Я понимаю, что осложнения могут включать, но не ограничиваться риском потери крови, риском инфекционных **осложнений**, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма; непреднамеренным причинением вреда здоровью и даже неблагоприятным исходом. В таком случае, я согласен(на) на то, что вид и тактика лечения может быть изменена врачами по их усмотрению. Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, и даю согласие на это.
3. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого лечения, я обязан(а) поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем моего ребенка, подопечного, опекуна), наследственностью, аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных
4. Я согласен(на) с предложенными мне вариантами **обезболивания**.

(указать выбранный вид обезболивания)

- а также на проведение анестезиологической процедуры. Мне разъяснены характер и частота наиболее частых осложнений, которые могут встретиться при наркозе в моем случае.
10. Я предупрежден(а) о **режиме послеоперационного поведения** и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных **болевых ощущениях** и методах обезболивания.
 12. Я поставлен(а) в известность и даю согласие на то, что поликлиника обеспечит проведение амбулаторные операции квалифицированным специалистом.
 13. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы мед. персоналу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.
 14. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.
 15. Любую информацию о состоянии моего здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я разрешаю **сообщать следующим лицам:**

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

1) Ф.И.О.

Степень родства:

Контакты:

2) Ф.И.О.

Степень родства:

Контакты:

Подпись заявителя: _____ Дата заполнения: ____/____/201__ г.

(пациент или законный представитель)

Врач: _____ Подпись: _____

(фамилия, инициалы)

Примечание: Ответственность