



143002, Московская область, г. Одинцово, ул. Молодежная, д. 18, к. а 8 (495)

645-93-67

**Информированное добровольное согласие
на выполнение хирургического вмешательства (операции) и анестезиологического пособия несовершеннолетнему или
недееспособному гражданину**

Я, _____ г.р.

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес)

являясь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного)

г.р. _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, лабораторные и рентгенологические методы обследования, для получения хирургической помощи в ООО «ХэлсМед».

Медицинский работник _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной форме разъяснил цели и методы оказания хирургического вмешательства, связанные с ним риски, оговорены возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от лечения представляемого, или потребовать его прекращения на любом этапе и, что отказ от лечения может привести к ухудшению состояния представляемого.
Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем хирургическом вмешательстве. Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому

(полное наименование хирургического лечения)

Я информирован(а), что имею право отказаться от предложенного лечения, что может привести к следующим неблагоприятным последствиям для представляемого:

- 1) обострение и прогрессирование заболевания, появление отёка, боли и температуры;
- 2) возникновение воспалительных, инфекционных осложнений, которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован(а), что в процессе и после хирургического лечения представляемого, могут наступить неблагоприятные последствия и есть вероятность развития следующих осложнений:

- 1) болевые ощущения в области манипуляции, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, при этом может потребоваться приём антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов;
- 2) кровотечение, гематома, сохранение и увеличение припухлости, отёка мягких тканей, повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- 3) возникновение онемения, формирование рубца в области оперативного вмешательства;
- 4) осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющихся хронических либо острых патологических процессов;
- 5) возникновение воспалительных, инфекционных гнойных осложнений, которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован(а), что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален, его длительность и характер зависят от анатомо-физиологических особенностей человека, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений и от вида и объёма хирургического вмешательства.

Я информирован(а), что появление симптомов аллергии на компоненты материалов после окончания лечения является следствием индивидуальной реакции организма представляемого.

Я информирован(а) о том, что невозможно точно гарантировать положительный результат проведённого хирургического вмешательства (операции) и в дальнейшем может потребоваться хирургическое или какое-либо другое лечение.

Я информирован(а), что во время хирургического вмешательства возможна ситуация, при которой, представляемому потребуется дополнительное оперативное вмешательство, не указанное в настоящем документе и даю своё согласие на его проведение.

Я информирован(а), что во время хирургического лечения общее состояние представляемого может измениться в худшую сторону, что потребует от врача дополнительных врачебных действий, направленных на стабилизацию состояния представляемого и даю своё согласие на это.

Я информирован(а), что при определенных обстоятельствах может возникнуть необходимость в проведении представляемому катетеризации магистральных вен и даю на это согласие.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятны и добровольно даю своё согласие на хирургическое вмешательство и анестезиологическое пособие в предложенном объёме.

Законный представитель _____

{подпись}

(ФИО)

(дата оформления)

Расписался в моём присутствии:

Врач _____

(должность)

{подпись}

(ФИО)