**Информированное добровольное согласие**

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

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<Ф.И.О>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_<адрес>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) \_\_<Ф.И.О>\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О., несовершеннолетнего (недееспособного) дата рождения)

и 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».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_<Ф.И.О мед.работника>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной форме разъяснены 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 \_\_\_\_<наименование лечения>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование хирургического лечения)

и местного обезболивания (анестезии) \_\_<наименование анестезии>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование анестезиологического пособия)

Я информирован(а) о необходимости применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я информирован(а) и предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического пособия представляемому сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, включая нетрудоспособность и даже неблагоприятного исхода в виде летального. В этих случаях, я даю своё согласие на любые медицинские действия, включая реанимационные, противошоковые и другие мероприятия для спасения представляемого.

Я информирован(а), что в ряде случаев хирургическое вмешательство (операцию) без анестезии провести невозможно. Я информирован(а) о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановом порядке.

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.

Пациент \_\_\_\_\_<подпись>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_<Ф.И.О>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

Врач \_\_<должность врача>\_\_\_\_\_ \_\_<подпись>\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_<Ф.И.О>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (должность) (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)