**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,**

**В Т.Ч. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество – полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

находясь на лечении в ……………………………………….(название ЛПУ), добровольно даю свое согласие на проведение мне операции:

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

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения о её проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне 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 выть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции связано 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(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания (травмы), и даю свое согласие на это.

Я поставил(а) врача в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулёзе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови, и даю согласие на переливание донорской крови и её компонентов.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была дана возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской крови и/или её компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия И.О.)