

Информированное добровольное согласие реципиента или его законного представителя на трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов

Я,

_____ " _____ " _____ г.р.

проживающий (ая) по адресу:

заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: серия _____ № _____ выдан: _____

являюсь законным представителем _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____
отделении, номер палаты _____

добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) операции: **трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов** и прошу персонал ГУЗ "ГРД" о её проведении.

1. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

2. Мне разъяснены, 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 быть изменен врачами по их усмотрению.

3. Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

4. 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, и даю согласие на это

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

6. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне и исчерпывающие ответы.

7. Я ознакомлен(а) и согласен(согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю своё согласие на **трансфузию (переливание крови) и (или) ее компонентов**.

" _____ " _____ 20 _____ года Подпись пациента/законного представителя

Подписался в моем присутствии:

Врач _____

_____ подпись _____

(должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведения лечения.

Для больных наркоманией возраст, с которого они вправе подписывать информированное добровольное согласие 16 лет.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

" _____ " _____ 20 _____ года Подпись пациента/законного
представителя _____

Подписался в моем присутствии:

Врач _____

_____ подпись _____

(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

" _____ " _____ 20 _____ года