В соответствии со статьей 44 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII «О здравоохранении» перед выполнением оперативного вмешательства оформляется согласие пациента на сложное медицинское вмешательство.

Форма согласия (Приложение к приказу главного врача УЗ «ГКРД №2»)

Приложение №1

к приказу

главного врача УЗ «ГКРД №2»

от 30.12.2022\_ №298

**Согласие пациента**

**на сложное медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего пациента либо законного представителя, опекуна, супруга (супруги) или одного из близких родственников пациента – полностью)**

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

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка/лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(фамилия, имя, отчество недееспособного гражданина, год рождения – полностью)**

проинформировал(а) медицинских работников об известных мне:

-наследственных и перенесенных заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности;

-изменениях в состоянии здоровья;

-принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

-ранее выявленных медицинских противопоказаниях а применению лекарственных средств и (или) диагностических исследований;

-аллергических реакциях и (или) непереносимости лекарственных средств;

-проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.

До начала сложного медицинского вмешательства мне даны полные и всесторонние разъяснения лечащим врачом

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о:

**(фамилия, имя, отчество лечащего врача – полностью)**

цели и характере сложного медицинского вмешательства;

прогнозируемых результатах;

порядке выполнения сложного медицинского вмешательства;

возможных рисках для жизни и здоровья, а также наиболее часто встречающихся осложнениях с учетом характера заболевания, состояния, синдрома и (или) их течения и индивидуальных особенностей организма, непреднамеренных осложнениях хирургического лечения:

-раневые осложнения (кровопотеря, кровотечение, образование гематом, серозных скоплений жидкости, инфильтратов, повреждение близлежащих органов и тканей),

-тромбоэмболические осложнения,

-развитие послеоперационного болевого синдрома, в том числе хронического,

-инфекционные осложнения (нагноение раны, пневмония и другие),

-обострение сопутствующей хронической патологии,

-нарушений со стороны сердечно-сосудистой,

-другие **(указать)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

возможных непредвиденных обстоятельствах и осложнениях во время операции, при которых ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению, расширен до необходимого объема;

возможных повторных операциях, в т.ч. в связи с послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания;

альтернативных методах лечения, их пользе и риске;

возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства;

применяемых методах оказания медицинской помощи;

квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи;

праве на отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья;

лицах, к которым можно обратиться для получения дополнительной информации о сложном медицинском вмешательстве, в том числе по вопросу последствий выполненного сложного медицинского вмешательства.

Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вписать: согласен(а) – в случае согласия, не согласен(а) – в случае отказа)** 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.

Я согласен(а) добровольно сотрудничать с лечащим врачом по вопросам, связанным с оказанием мне медицинской помощи, выполнять рекомендации и немедленно сообщать ему о любого рода изменениях моего самочувствия.

Необходимое время после операции я буду проходить лечение в отделении анестезиологии и реанимации.

Я не возражаю против участия в моей операции других привлеченных специалистов.

Даю добровольное согласие на проведение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**(название сложного медицинского вмешательства**)

Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи с возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского вмешательства.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента, законного представителя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись лечащего врача)