

Міністерство охорони здоров'я України

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№003-6/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

ТОВ «КЛІНІКА 19+»

61201 м. Харків, вулиця Клочківська, 366

Код за ЄДРПОУ

4 2 8 0 8 0 3 8

1 4 0 2 2 0 1 2 № 1 1 0

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА**НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ****Я, _____** одержав(ла)

у ТОВ «КЛІНІКА 19+» інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття.**Я проінформований(а)**, що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.**Я даю згоду** на внесення до локальної інформаційної системи, яка ведеться закладом охорони здоров'я, моїх персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров'я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.**Я погоджуюсь** із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Інформацію надав лікар: _____

“ ____ ” _____ 20 ____ року _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)

Я, _____, **згодний(а)** із запропонованим планом лікування.

“ ____ ” _____ 20 ____ року _____ (підпис)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання (діагноз): _____

Я отримав(ла) інформацію про (наявність/відсутність) у мене супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду.

Я отримав (ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за показаннями (відносними/абсолютними).

Я даю згоду на взяття аналізів на гепатити, вірус імунодефіциту людини. У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під **знеболенням** (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я (даю/не даю) _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене.

“ _____ ” 20 _____ року _____
(підпис лікаря) (П.І.Б. лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

“ _____ ” 20 _____ року _____
(підпис лікаря) (П.І.Б. лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

Даю згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю _____
(даю/не даю),

“ _____ ” 20 _____ року _____
(підпис пацієнта)

а знеболення – лікарю _____, що підтверджую своїм підписом.

“ _____ ” 20 _____ року _____
(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____