

Информированное добровольное согласие на стерилизацию

Я, пациент (ФИО) _____, карта пациента № _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Врачом Медицинского центра мне разъяснено, что медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство производится в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства.
2. Врачом Медицинского центра мне разъяснено и мной осознано, что я и мой партнер можем воспользоваться другими известными временными методами предотвращения беременности, и даю при этом свое согласие на проведение мне стерилизации.
3. Мне разъяснено, что стерилизация представляет собой хирургическую процедуру и мне были подробно разъяснены ее особенности.
4. Мне разъяснено, что окончательный исход операции во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма, связанных с этим процессов заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время его.
5. Мне подробно разъяснены все как положительные, так и отрицательные последствия стерилизации. Мне разъяснено, что в ближайшем или отдалённом послеоперационном периоде могут возникнуть осложнения. Врач информировал меня об основных осложнениях послеоперационного периода, характерных для моей операции и о способах их устранения. При этом я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим.
6. Мне разъяснено, что процедура стерилизации является необратимой и в случае ее успешного завершения, я больше не смогу иметь детей.
7. Мне разъяснено, что при проведении медицинского вмешательства, в ближайшем или отдалённом периоде могут возникнуть различные осложнения и последствия: аллергические реакции, инфекционные осложнения, нарушения со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, другие последствия вплоть до потери трудоспособности и летального исхода. Врач информировал меня об основных осложнениях и о способах их устранения. При этом я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим.
8. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, 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 (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия и привлечь соответствующих медицинских специалистов, которых оперирующий врач сочтёт необходимым.
10. Мне разъяснено, что ожидаемый результат операции может быть не достигнут, в связи с чем мне может потребоваться дальнейшее лечение.

11. Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала операции

Решение о проведении мне медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли. Текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные от врача Медицинского центра понятны и меня удовлетворяют.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 13, 20, 57 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Настоящее информированное согласие оформлено _____

| | | |
|--------------------------|-----------|-------|
| Врач | | Дата |
| _____ | _____ | _____ |
| (фамилия, имя, отчество) | (подпись) | |

Если состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство (операция) неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий или дежурный врач с последующим уведомлением должностных лиц Медицинского центра.

Консилиум в составе не менее 3-х врачей, ФИО разборчиво и подпись или ФИО лечащего (дежурного) врача и подпись:

Несогласие

От проведения вышеуказанной процедуры стерилизации отказываюсь. О возможных последствиях и осложнениях предупреждён (предупреждена).

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)