

**ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--

**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**Форма первинної облікової документації  
**№ 003-6/0****ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ  
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**Я, \_\_\_\_\_, одержав(ла)  
у \_\_\_\_\_

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (моєї дитини) 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 (стан здоров'я дитини). 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 госпітальної системи, яка ведеться закладом охорони здоров'я, моїх (моєї дитини) персональних даних, у тому числі даних щодо стану моого 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 РІЗНИК А.Б “\_\_” 2015 року (підпис)  
(П.І.Б.) (дата)Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування  
“\_\_” 2015 року  
(підпис) (дата)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ  
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

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

Я отримав(ла) інформацію про \_\_\_\_\_ у мене (у моєї дитини)  
(наявність/відсутність)

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)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція **блефаропластика, пластика повік** в обсязі: \_\_\_\_\_

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити): \_\_\_\_\_ ,

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовеною 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

\_\_\_\_\_ згоду.  
(даю/не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ року \_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ року \_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

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

\_\_\_\_\_ згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю \_\_\_\_\_  
(даю/не даю) , а знеболення – лікарю \_\_\_\_\_ , що підтверджую  
своїм підписом.

\_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ року \_\_\_\_\_ (дата)  
(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) \_\_\_\_\_

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) \_\_\_\_\_