

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ 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/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ № _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла)
у _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (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 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 РІЗНИК А.Б "____" _____ 2015 року _____
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

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 **пластика статевих губ** 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

_____ згоду.

(даю/не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

_____ (П.І.Б. лікаря)

“ _____ ” _____ 20__ року

(дата)

_____ (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

_____ (П.І.Б. лікаря)

“ _____ ” _____ 20__ року

(дата)

_____ (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
(підпис пацієнта) (дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____