

Я, пациент

Ф.И.О.

медицинская карта №:

1~04~02

находясь на лечении в Медицинском учреждении ООО "Клиника Люди"

проинформирован(а) о наличии у меня основного заболевания

Ощущение опущения век

сопутствующих заболеваний, других результатах проведенного обследования, и о необходимости проведения оперативного вмешательства с применением анестезии:

название операции

название операции

вид анестезии **выбрать из списка**

вид анестезии

1. Цель, характер, способ, этапы оперативного вмешательства с применением анестезии мне разъяснены. О возможных болевых ощущениях при проведении отдельных манипуляций во время операции и в послеоперационный период я предупрежден(а).
2. Я проинформирован(а) о прогнозе течения заболевания в случае проведения оперативного вмешательства и без него.
3. Я проинформирован(а) о риске проведения, возможных реакциях, осложнениях и иных последствиях оперативного вмешательства с применением анестезии: .
Вместе с тем, мне понятно, что их наступление вероятно, но не обязательно.
4. Я предупрежден(а) также о вероятности возникновения в процессе оперативного вмешательства и после него непрогнозируемых обстоятельств, связанных с особенностями протекания у меня основного и сопутствующих заболеваний, наличия нетипичной симптоматики, непредвиденных индивидуальных реакций на медицинские препараты.
5. Объем оперативного вмешательства со мною согласован. Однако, я предупрежден(а), что в ходе операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения плана и объема оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Я согласен(а) на изменение по усмотрению медицинского персонала во время проведения операции хирургической и анестезиологической тактики, а также на изменение по медицинским показаниям объема оперативного вмешательства.
6. Я согласен (согласна), что при наступлении осложнений и иных неблагоприятных обстоятельств вероятно удлинение сроков и увеличение стоимости лечения.
7. Я сообщил(а) врачу все, известные мне, сведения о перенесенных заболеваниях и травмах, об операциях, проведенных мне ранее, о непереносимости медицинских препаратов, вредных привычках, о параллельном лечении в других медицинских учреждениях и другие сведения, запрошенные врачом в связи с проведением оперативного вмешательства. Я предупрежден о том, что в случае неполной или недостоверной информации по указанным вопросам в результате оперативного вмешательства может наступить повреждение моего здоровья.
8. Об альтернативных видах медицинской помощи с учетом стадии заболевания и состояния моего организма, а также о возможных последствиях и риске, связанных с альтернативными видами медицинской помощи, я информирован(а).
9. Мне разъяснено, что проведение оперативного вмешательства само по себе не приводит к выздоровлению и получены назначения и рекомендации относительно моего до- и послеоперационного режима поведения и лечения:
 - по подготовке к оперативному вмешательству (ограничения в приеме лекарств,)
 - по режиму поведения (соблюдение постельного режима, ограничение физических нагрузок)
 - по режиму питания (диета, ограничение количества калорий)
 - по профилактике осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, инфекционные осложнения, несостоятельность швов)
10. Мне понятно, что нарушение врачебных рекомендаций и требований, несоблюдение графика наблюдения у лечащего врача в послеоперационный период, может стать причиной или способствовать развитию местных и/или общих осложнений, отрицательно отразиться на общих результатах лечения, привести к удлинению сроков и увеличению стоимости лечения, а в некоторых случаях потребовать повторного оперативного вмешательства. В послеоперационный период я обязуюсь незамедлительно информировать лечащего врача об ухудшении состояния здоровья, а также об обстоятельствах, при которых возникло ухудшение.
11. Лечащий врач разъяснил мне, что медицинский персонал Клиники предпримет все необходимые меры, чтобы достигнуть результата лечения и предотвратить осложнения и иные вредные последствия оперативного вмешательства, однако мне понятно, что гарантированное наступление ожидаемого результата невозможно.
12. Я проинформирован(а) о возможных последствиях и риске при отказе от оперативного вмешательства либо длительном откладывании его проведения:

Назначение на оперативное лечение, информирование о нем, рекомендации до- и после проведения операции провели:

Врач-специалист:

фио хирурга

ФИО врача

подпись

27 августа 2018 г.

дата

Врач-анестезиолог:

ФИО врача

подпись

27 августа 2018 г.

дата

При этом мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

С учетом сообщенных мне сведений, в соответствии со статьей 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, я даю информированное добровольное согласие на вышеуказанное оперативное вмешательство с применением анестезии.

Пациент

пациент

ФИО пациента

подпись

27 августа 2018 г.

дата

С учетом сообщенных мне сведений, в соответствии со ст. 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, я добровольно отказываюсь от проведения вышеуказанного оперативного вмешательства в связи с:

Пациент

пациент

ФИО пациента

подпись

27 августа 2018 г.

дата