

Учитывая наличие _____
пациенту показана _____ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента
на медицинское вмешательство (проведение операции на ЛОР-органах)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: _____,
выдан: _____,
зарегистрированный(ая) по адресу _____,
даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____.

в соответствии с результатами обследования в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных нарушениях моего здоровья.
2. Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения предложенного объема вмешательства или вида оперативного лечения, что дает право хирургу поступать в соответствии с принятыми в подобной ситуации методиками.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как кровотечение, перфорация перегородки носа с последующей установкой передней и задней тампонады носа.

3. Я имел(а) возможность задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на них понятные ответы.

4. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении.

5. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

6. Я поставил (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 травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Даю добровольное согласие на проведение операции и комплексного предоперационного обследования, включающего в себя: клинический анализ крови (длительность кровотечения, время свертываемости); клинический анализ мочи; RW; обследование на Вич и Гепатит В и С; биохимические исследования крови (белок общий, сахар, креатинин, мочевины); группа крови; Rh-фактор; ЭКГ; ФГ (проводится не в клинике); осмотр терапевта; осмотр ЛОР-врача (риноскопия, мезофарингоскопия, непрягая ларингоскопия, отоскопия); рентгенограмма придаточных пазух носа (проводится не в клинике). Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования.

8. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение операции.

Дополнительная информация: _____

« _____ » _____ 20 _____ года.

Подпись пациента _____

Подпись законного представителя пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(должность, И.О., Фамилия)

« _____ » _____ 20 _____ года.