

01

Бюджетное учреждение Республики Калмыкия
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ МАНДЖИЕВОЙ ВАЛЕНТИНЫ ДЖАЛОВНЫ»

П Р И К А З

«29» мая 2023г.

Элиста

№ 312

«Об утверждении формы бланка «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов» и «Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. от переливания крови и ее компонентов» при оказании специализированной медицинской помощи»

Во исполнение ст.34, ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при оказании специализированной медицинской помощи,

приказываю:

1. Утвердить форму бланков:

1.1. «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов» при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с приложением № 1;

1.2. «Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. от переливания крови и ее компонентов» при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с приложением № 2;

2. Заведующим отделениями круглосуточного стационара хирургического профиля (ТОО, ЛОР, Х/О, ОАР):

- ознакомить сотрудников подчиненных подразделений о необходимости оформления бланка «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов» и «Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. от переливания крови и ее компонентов» (в случае отказа) при оказании специализированной медицинской помощи в соответствии с приложением № 1, № 2 к данному приказу;

- подать заявку-потребность на необходимое количество бланков в соответствии с приложением № 1 и № 2.

3. Технику-программисту (Пюрбеев С.В.), при наличии бумаги, размножить бланки в соответствии с приложением № 1 и № 2 по заявке-потребности отделений круглосуточного стационара хирургического профиля в необходимом количестве и сдать на склад.

4. Начальнику ПЭО (Настаева А.Н.) закупить необходимое количество бумаги для распечатки бланков.

5. Старшим медицинским сестрам получить на складе готовые бланки, после их изготовления.

6. Считать утратившим силу приказ БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.» от 15.11.2018г. № 548 «Об утверждении формы бланка «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов» и «Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. от переливания крови и ее компонентов» при оказании специализированной медицинской помощи».

7. Начальнику отдела кадров (Хундаи Ю.Ю.) ознакомить с приказом заведующих ТОО Бадмаева С.Д., ЛОР Манджиева В.В., Х/О Есинова Ч.А., ОАР Нижиндаева Г.В., техника-программиста Пюрбеева С.В., нач. ПЭО Настаеву А.Н., заместителей гл. врача по медицинской части Баджаеву В.О., по ОМР Джанджиеву А.И., врача-методиста (по КЭР), главную медицинскую сестру Бирюкову В.А.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача



Дорджиев А.Н.

БУ РК «Республиканский детский медицинский центр
имени Манджиевой Валентины Джаловны»

Информированное добровольное согласие
на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови
и ее компонентов

Я _____
(Ф.И.О.гражданина, либо законного представителя – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт: серия _____, № _____ выдан: _____
« _____ » _____ года

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, |
|опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного |
|недееспособным: _____ |

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения) |
находясь на лечении (обследовании) в отделении _____ |

(указать название отделения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):
операции: _____

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.
Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне
(представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности
и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут
возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком
случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть
изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что
проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью
инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой
и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного
причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут
потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными
послеоперационными осложнениями или с особенностями течения
заболевания, и даю свое согласие на это.

- 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 (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. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о
наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических
и токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и _____
даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови
и ее компонентов.

- Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на

Отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. переливания крови и ее компонентов при оказании специализированной медицинской помощи в соответствии с частью 3 ст.20 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

(за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст.20 323-ФЗ)

Я _____
(Ф.И.О.гражданина, либо законного представителя - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт: серия _____, № _____ выдан: _____

«__» _____ года

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)
находящегося на лечении (обследовании) в отделении

_____ (указать название отделения)

при оказании мне (моему ребенку) медицинской помощи в
БУ РК «Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны,
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от оперативного вмешательства, в т.ч. переливания крови и ее компонентов:

_____ (наименование вида оперативного вмешательства)

Я предупрежден(а), что отказ от оперативного вмешательства, в т.ч. переливания крови и ее компонентов, может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), привести к патологическим изменениям, вплоть до инвалидизации, в тяжелых случаях течения заболевания привести к летальному исходу.

«__» _____ 20__ г. Подпись пациента (законного представителя) _____