

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ОПЕРАЦІЇ І ЗНЕБОЛЕННЯ (Ф. №003-6/О)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я ФОП Яременко Юлія Вікторівна _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Стоматологія «Посмішка» м. Кременчук, проспект Свободи, 14 _____	Форма первинної облікової документації №003-6/о
Код за ЄДРПОУ (ІПН): 3354702326	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 0 8 0 8 1 4 № 5 4 9

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

Я, _____, одержав(ла) _____

У медичному центрі «Посмішка» інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

ПІБ дитини _____

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 (стану здоров'я дитини). Я поінформований(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.

Інформацію надав лікар _____ «__» _____ 20__ року _____

(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування

_____ «__» _____ 20__ року

(підпис) (дата)

Продовження форми № 003-6/о

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 **відносними** показаннями.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

_____ ,

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією __
- внутрішньовенною анестезією __
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень __
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією __
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною). __

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 _____ **даю** _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ «__» _____ 20__ року _____

(П.І.Б. лікаря) (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ «__» _____ 20__ року _____

(П.І.Б. лікаря) (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.

_____ **даю** _____ згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю _____ , а знеболення - лікарю _____ , що підтверджую своїм підписом.

«__» _____ 20__ року

(підпис пацієнта)