

Федеральный закон от 23.11.2011 №323-ФЗ  
Протокол заседания врачебной комиссии  
ООО ДЦ «Гиппократ» от 30.03 2017 №2-17

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, которое дают граждане при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.**

Я, \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на **оперативное вмешательство**, которое дают граждане при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с пунктом 4 статьи 10, статьи 20, статьи 54 Федерального закона от 23.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я проинформирован (а) о том, что мне необходимо выполнить **оперативное вмешательство** в связи с установленным диагнозом.

Я поставлен(а) в известность, что цель этой операции-получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии.

Мне разъяснены основные этапы операции, характер и частота возможных осложнений.

Я поняла(а), в чем ее смысл, и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу.

1. Согласен (согласна) на все необходимые предоперационные обследования в предложенном лечащем врачом объеме.
2. Я сообщил(а) лечащему врачу сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, аллергических реакций, а так же о болезнях и операциях, перенесенных ранее.
3. Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата после операции может потребоваться высококвалифицированное лечение в послеоперационном периоде, а также реабилитационные мероприятия в отдаленном периоде.
4. Я понимаю, что операция проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеваниями тканей моего организма, способность которых к заживлению снижена.
5. Мне известно, так же, что **оперативное лечение** моего заболевания не всегда гарантирует полного излечения (выздоровления) и может потребовать в дальнейшем повторных курсов консервативного лечения в **стационарных/амбулаторных (нужное подчеркнуть)** условиях.
6. Я осознаю, что любое **оперативное вмешательство** связано с риском для здоровья и жизни.
7. Я понимаю, что во время операции или после нее могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения.
8. Я предупрежден (а) о последствиях отказа от **оперативного вмешательства**.
9. Я информирован о характере предстоящего обезболивания препаратом \_\_\_\_\_, подтверждаю, что у меня нет аллергической реакции на данный лекарственный препарат. Ознакомлен(а) с технологией обезболивания, его возможными осложнениями.
10. Я проинформирован(а), что в ходе **оперативного вмешательства** врач при необходимости может изменить доведенный до моего сведения первоначальный план лечения.
11. Я проинформирован(а), что в ходе **оперативного вмешательства** врач при необходимости имеет право произвести забор биоматериала для дальнейшего гистологического исследования.
12. При хирургическом лечении и в послеоперационном периоде не исключены болевые ощущения.
13. Я понимаю, что в результате выполненных разрезов или иных хирургических методов лечения могут возникнуть послеоперационные рубцы, имеющие некоторые косметические дефекты и другие временные косметические дефекты.
14. Обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.
15. Мне также известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний, лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения меня.

ДАТА \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /