

1.1. 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
_____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

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 позначити знаком «√» або «+»):

- 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 _____ згоду.

(даю / не даю)

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

(П. І. Б. лікаря

(підпис

лікаря)

(за наявності))

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

(П. І. Б. лікаря

(підпис

лікаря)

(за наявності))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені
(мої 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.

згоду на операцію і доручаю виконати її

_____ лікарю _____,
(даю / не даю) (П. І. Б. лікаря (за наявності))

_____ а знеболення _____, що підтверджую
(П. І. Б. лікаря (за наявності))

своім підписом.

_____ «__» _____ 20__
року _____

(підпис пацієнта (законного представника))

(дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

**2. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРИСУТНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ
І НА УЧАСТЬ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
У ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися за присутністю здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я, які проходять підготовку на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я (далі — здобувачі освіти)

Також я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися науково-педагогічними працівниками або за участі науково-педагогічних працівників, які працюють на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я, і які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги (далі — працівники клінічної кафедри)

Інформацію надав завідувач
структурного підрозділу
закладу охорони здоров'я _____

«__» _____ 20__ року

(П. І. Б. лікаря

(підпис

лікаря)

(за наявності))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно присутності здобувачів освіти при проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на присутність здобувачів освіти при проведенні мені

(моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «__» _____ 20__ року

(підпис пацієнта

(законного представника))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно участі працівників клінічної кафедри у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на участь працівників клінічної кафедри _____

(П. І. Б. (за наявності))

у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції

та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «__» _____ 20__ року

(підпис пацієнта

(законного представника))

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____