

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства охорони здоров'я
 України
 04 лютого 2012 року №110
 (у редакції наказу Міністерства охорони
 здоров'я України
 від _____ № _____)

**Форма первинної облікової документації № 003-6/о
 «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на
 проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього
 процесу»**

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації №003-6/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> № <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														

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

Я, _____, одержав(ла)
 у _____
 (найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

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)

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 відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень
- решонарною (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)

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.

_____ згоду на операцію і доручаю виконати її
лікарю _____
(даю/не даю) _____, а знеболення -
лікарю _____, що підтверджую
своїм підписом.

_____ "_____" _____ 20__ року
(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРИСУТНІСТЬ АБО УЧАСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У
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 здобувачі освіти у сфері охорони здоров'я можуть бути присутніми або брати участь у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення.

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, 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 _____ (П.І.Б. лікаря) « ____ » _____ 20__ року _____ (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно присутності або участі здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я 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 присутність здобувачів освіти у сфері, охорони здоров'я, що
(даю/не даю)

підтверджую своїм підписом _____ « ____ » _____ 20__ року
(підпис пацієнта)

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

_____ згоду на проведення діагностики, лікування операції та знеболення
(даю/не даю)

працівником клінічної кафедри, що підтверджую своїм підписом

_____ « ____ » _____ 20__ року
(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

**В. о. генерального директора
Директорату медичних кадрів,
освіти і науки**

Тетяна ОРАБІНА