

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____
_____ подписывая данный документ,
даю согласие врачам выполнить мне операцию, манипуляцию, процедуру
(необходимое подчеркнуть) по поводу _____

Решение вопроса о методе и объеме операции доверяю оперирующему
врачу. Мне объяснены и понятны суть заболевания, опасности осложнения, свя-
занные с дальнейшим развитием этого заболевания. Понимаю необходимость
оперативного лечения.

ПОЛНОСТЬЮ ЯСНЫМИ ДЛЯ МЕНЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

1. Во время операции могут выявиться обстоятельства, препятствующие вы-
полнению данной операции или требующие изменения в плане операции.

2. Во время операции и после нее могут возникнуть осложнения
(кровотечения, тромбозы сосудов, расхождения швов, нагноения и др.), которые
потребуяют дополнительных вмешательств.

Я доверяю врачам выполнить любую процедуру или дополнительное вме-
шательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с воз-
никновением непредвиденных ситуаций.

1. Мне известно, что операция будет проводиться под местной, общей
(необходимое подчеркнуть) анестезией, на что я даю свое согласие.

2. Мне разъяснено, что во время анестезии (наркоза) могут возникнуть не-
предвиденные осложнения, которые могут повлиять на течение операции и по-
слеоперационного периода.

3. В случае возникновения осложнений, я выражаю согласие на лечение теми
методами, которые посчитают необходимыми лечащие врачи.

4. Я ставлю в известность врачей о моей повышенной чувствительности к сле-
дующим медикаментам: _____

Я удостоверяю, что текст СОГЛАШЕНИЯ мною прочитан, что получен-
ные объяснения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного доку-
мента.

Дата _____

Подпись(лицо, представляющее интересы пациента)