

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА  
на выполнение операции элиминации плода.

город \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено  
в соответствие с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"  
N 323-ФЗ от 21.11.2011 г. N 572-н

Мне \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения  
(Ф.И.О. пациента или его законного  
представителя)

разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода.  
Диагноз \_\_\_\_\_

Я информировано, что в соответствии с приказом МЗ и СЗ РФ N 736 от 25.12.2007 (в редакции приказа N 1661-н от 27.12.2011 г.) учитывая наличие у плода, заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния я имею право на прерывание данной беременности по медицинским показаниям.

Я настаиваю на прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода.

Я информирована, что в соответствии с приказом МЗ и СЗ РФ N 572-н от 12.11.2012 г. при проведении прерывания беременности мне необходимо медицинское вмешательство в виде выполнения операции элиминации плода.

Настоящим я доверяю

Врачу \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача)

(в дальнейшем - ВРАЧ] и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.

Мне разъяснен порядок проведения операции элиминации плода. Я информирована, что это инвазивное вмешательство, а именно: пунктирование вены пуповины плода под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку с целью введения лекарственного средства, которое останавливает сердечную деятельность плода.

Мне разъяснено, что выполнение вышеуказанного инвазивного вмешательства может увеличить риск инфекционных осложнений, тромбоэмболических осложнений, сочетаться с такими осложнениями как: кровотечение, аллергическая реакция на вводимый препарат, манифестацией острых и обострением хронических заболеваний, которые могут потребовать дополнительного лечения и удлинения сроков пребывания в ЛПУ.

Мне также разъяснено, что, если в ходе выполнения указанной операции или в послеоперационном периоде возникает необходимость другого медицинского вмешательства, исследования или операции, я даю свое согласие ВРАЧУ и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением (квалификацией) и медицинской информацией и выполнить те медицинские мероприятия, которые ВРАЧ сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, дополнительно разъяснено мне ВРАЧОМ, оно полностью мне понятно.

На предложенную мне операцию элиминации плода согласна. О степени операционного риска и возможных осложнениях предупреждена.

Подпись пациентки или ее законного представителя \_\_\_\_\_

Если пациентка является несовершеннолетней (до 15-ти лет) :

Подпись законного представителя пациентки (ближайшего родственника)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

подпись

расшифровка подписи

Свидетель \_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

Врач

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

подпись

Ф.И.О.