Введена приказом N2 12 от 20 сентября 2007 1 .

Медицинского центра ТОО «Медицинский центр Релайф»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Эхо-сальпингогистерографию, введение ВМС, гистероскопию (нужное подчеркнуть)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ст. 1, 14, 16, 17, 28, 30

Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан» от 12.07. 2006 г. N2 170-Ш

Я, ${CUSTOMER\_FULLNAME} настоящим доверяю Врачу ${STAFF\_FULLNAME} и его коллегам выполнить Эхо-сальпингогистерографию, введение ВМС, гисгероскопшо

( н» ясное подчеркнуть)

2, Содержание указанного выше медицинского вмешательства, связанный с ним риск, все возможные осложнения и последствия разъяснены в доступной для моего понимания форме.

З. Мне также дополнительно разъяснено, что в ходе производства и после манипуляции МОР, 1 возникнуть следующие осложнения и последствия:

3.1. возникновение воспалительного процесса

3.2 кровотечение

3.3. нарушение овариально-менструального цикла

3.4. возникновение патологии шейки матки

3.5. перфорация тела матки

1. Я понимаю, что в ходе выполнения указанного выше медицинского вмешательства может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанного в п.1 настоящего информированного согласия. Я в полном объеме доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым осуществить для улучшения моего состояния здоровья.
2. Я согласна на переливание донорской крови и ее компонентов в ходе операции и (или) в послеоперационном периоде, в случае возникновения такой необходимости.

6, Также со мною проведена беседа о необходимости:

6.1 своевременности повторного обращения (повторный осмотр проволи (ся черо (неп нос. 1” операции — бесплатно)

* 1. проведения реабилитационной терапии в послеоперационном периоде
  2. соблюдении данных врачом рекомендаций

1. Содержание настоящего документа мною прочитано, врачом разъяснено в доступной форме и полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

${CUSTOMER\_FULLNAME}

(подпись пациента)

Если пациент не имеет возможности подписать настоящий документ самостоятельно вследствии тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним, право подписи переходит к» его законному представителю

${CUSTOMER\_FULLNAME}

(подпись законного представителя)

${STAFF\_FULLNAME}

1. От проведения указанных медицинских действий отказываюсь, что и удостоверяю своей ПОДПИСЬЮ. Мне разъяснены все возможные последствия отказа.

${CUSTOMER\_FULLNAME} (подпись пациента)

Если пациент не имеет возможности подписать настоящий документ самостоятельно вследствии тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним, право подписи переходит к его законному представителю

${CUSTOMER\_FULLNAME}

${STAFF\_FULLNAME}