ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ Церебральной ангиографии

**Имплантация интракраниального перенапрявляющий поток крови стент PipeLine**

1. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача. **В ходе имплантации стента PipeLine возможны следующие осложнения:**

**- разрыв мешотчатой аневризмы; механическое повреждение артерии; развитие ишемического инсульта; возникновение гематомы в области прокола магистральной артерии и забрюшинной гематомы; дислокация стента.**

1. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в п.2. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.
2. Я согласен(на) на переливание донорской крови и (или) компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость.
3. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено Врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Ф.И.О. и подпись Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись Врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним:

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника или опекуна)

(Ф.И.О.) и подпись

(Ф.И.О.) и подпись Врача

От проведения указанных в п.2:

что может привести к осложнениям, поздней или неправильной диагностики заболевания, стойкой нетрудоспособности, инвалидности или смерти.

Подпись пациента или его законного Представителя (ближайшего родственника или опекуна)

Ф.И.О.

Подпись Врача Ф.И.О.

Ярославль « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 г.

отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия  
отказа от

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1.

1. Мне

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2. Настоящим я доверяю Врачу (в дальнейшем Врач) и

его коллегам, коллективу кафедры (клиники, медицинского центра) областной клинической больницы выполнить имплантацию **интракраниального перенапрявляющий поток крови стент PipeLine**

**.**