ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров’я України  
14 лютого 2012 року № 110  
(у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров’я України  
від 09 грудня 2020 року № 2837)

**ФОРМА  
первинної облікової документації № 003-6/о  
«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики,  
лікування та на проведення операції та знеболення  
 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 | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма первинної облікової документації |
|  |  | | | | | | | | | |  | **№ 003-6/о** |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** |
|  |  | | | | | | | | | |  | Наказ МОЗ України |
| Код за ЄДРПОУ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ року № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | | | | | | | | | | за погодженням з Держстатом |
| **1. 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)  (за наявності))  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , згодний(а) із запропонованим планом лікування  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року  (підпис пацієнта (законного представника)) (дата) | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| *Продовження форми № 003-6/о* |
| --- |
| **1.1. 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 позначити знаком «√» або «+»):  інфільтраційною регіонарною анестезією  внутрішньовенною анестезією  загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень  регіонарною (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)  (за наявності))  Інформацію довів лікар- анестезіолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ року\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П. І. Б. лікаря (підпис лікаря)  (за наявності))  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) (П. І. Б. лікаря (за наявності))  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ а знеболення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що підтверджую  (П. І. Б. лікаря (за наявності))  своїм підписом.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року  (підпис пацієнта (законного представника)) (дата)  Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

*{Форма № 003-6/о в редакції Наказів Міністерства охорони здоров'я № 549 від 08.08.2014, № 2837 від 09.12.2020}*