Медичний центр 69050, м. Запоріжжя, вул. Космічна ,114

ТОВ „ВІЗУС” тел. (061)219-04-40, [www.visus.ua](http://www.visus.ua)

***Продовження форми первинної облікової документації № 003-6/о***

Додаток № 1 до Договору № \_\_\_\_

„ \_\_\_\_\_ „ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. м. Запоріжжя

**Інформована добровільна згода пацієнта на амбулаторну операцію та ознайомлення пацієнта з правилами та методами виконання операції**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б. Пацієнта та / або законного представника неповнолітнього Пацієнта)

підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене повну інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про (наявність/відсутність) у мене (моєї дитини) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду.

Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування.

В процесі обговорювання з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виконання якої планується під знеболенням.

Я ознайомлений(а) з правилами та методами, що будуть застосовані при проведенні операції.

Я поінформований(а) про можливість ускладнень в процесі проведення операції та післяопераційний період, а саме:крововиливів, розбіжності швів та алергічних реакцій на медикаменти. Я попереджений про можливість інфекційних ускладнень в післяопераційний період,підвищення внутрішньоочного тиску після операції.

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання під час 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 буди визначені під час операції.

Інформацію надав лікар

який лікує, або буде оперувати

мене (мою дитину)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції, які мені (моїй дитині) запропоновано, та про можливі її наслідки . У мене немає недовіри щодо інформації яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час для обміркування. Даю згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що підтверджую своїм підписом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р.

(підпис пацієнта)