



ФГБУ "НМИЦ ХИРУРГИИ им А.В.ВИШНЕВСКОГО"  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Адрес: г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ

г.Москва

10.10.2022

Я,

**ХОЛОДОВА Нина Федоровна 14.10.1952 г. р.**

Ф.И.О. пациента полностью

**Законный представитель пациента:**

(Ф.И.О. полностью. Заполняется в случае, если документ подписывает законный представитель)

**Паспорт законного представителя:**

Получаю медицинскую помощь в отделении: Хирургическое Эндоскопическое отделение

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **добровольно даю согласие на выполнение мне следующей хирургической операции: Гибридное лапаро-эндоскопическое удаление новообразования пищевода.**

**Мне понятно, что любая хирургическая операция помимо основного — лечебного эффекта, всегда сопровождается выраженной в той или иной степени операционной травмой и содержит риски осложнений.**

**Я проинформирован(-а) о том, что имею право на отказ от хирургической операции и о вероятном течении моего заболевания при отказе от хирургической операции. Мне разъяснено и понятно то, что в соответствии с нормами законодательства такой отказ оформляется в письменной форме.**

1. Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я получил(-а) полную и достоверную информацию о предстоящей хирургической операции (содержании хирургической операции (ее характере и ходе). Содержание хирургической операции мне понятно:

Ф.И.О. пациента

подпись

Мне разъяснили, что хирургическая операция **всегда связана с вероятностью развития осложнений.**

В ходе хирургической операции или после ее проведения могут возникнуть осложнения прямо связанные с общим состоянием моего здоровья/ходом течения моего заболевания/наличием у меня сопутствующих заболеваний в период моего обращения за медицинской помощью в ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.

Вишневого» Минздрава России: кровотечение, нагноение, перфорация органов брюшной и грудной полости

Я проинформирован о том, что в случае возникновения осложнений ход хирургической операции может быть изменен по решению медицинских работников ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого» Минздрава России как того требует порядок медицинской помощи, стандарт медицинской помощи или клинические рекомендации в конкретной ситуации: лапаротомия, торакотомия, экстирпация, дренирование брюшной полости, грудной полости, средостения, пластика пищевода желудочной трубкой. **ХОЛОДОВА Н. Ф.**

Ф.И.О. пациента кратко

подпись

Я предупрежден(-а), о том, что в связи с осложнениями и (или) особенностями течения заболевания, может потребоваться повторная хирургическая операция. **Мне разъяснили цель и предполагаемый результат хирургической операции.**

**Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я предупрежден(-а) о том, что результат хирургической операции не может являться полностью прогнозируемым в связи с индивидуальными особенностями организма:**

Ф.И.О. пациента кратко

подпись

2. Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я получил(-а) разъяснения об особенностях течения моего заболевания, и осознаю, что особенности течения моего заболевания **могут повлиять на ход оперативного вмешательства и его результат.**

При условии неразглашения моих личных данных, я добровольно даю согласие на использование ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневого» Минздрава России в научных целях и в образовательном процессе, в периодических печатных научных изданиях, научной литературе, научных и (или) медицинских конференциях:

- обезличенных (без указания моего Ф.И.О.) изображений (моих внутренних органов и тканей, которые являются предметом хирургической операции), полученных в ходе хирургической операции;
- обезличенных (без указания моего Ф.И.О.) данных протокола хирургической операции.

Я информирован(-а), что данная потребность связана с необходимостью научного анализа и понимания патологических процессов для поиска путей их успешного медицинского лечения.

**ХОЛОДОВА Н. Ф./**

Ф.И.О. пациента кратко                      подпись  
Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение моих персональных данных.

ХОЛОДОВА Нина Федоровна /  
Ф.И.О. пациента полностью

подпись

10.10.2022

Сведения о проведении хирургической операции, результате хирургической операции (в том числе после моей биологической смерти в случае ее наступления) могут представляться следующим лицам:

(указать Ф.И.О. и номер телефона)

Если по каким – либо причинам пациент не может собственноручно подписать настоящее информированное добровольное согласие, согласие пациента на перечисленные в нем медицинские вмешательства заверяется подписью двух медицинских работников отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/«\_\_\_\_»\_\_\_\_года.  
(указать Ф.И.О. полностью)                      (дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/«\_\_\_\_»\_\_\_\_года.  
(указать Ф.И.О. полностью)                      (дата)