

Код за СД

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____

у _____

(відсутня/належить особі дитини)

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 орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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, захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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) спутні захворювання, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) пояснені можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ покази (відсутні/абсолютні).

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного лікування є _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках кінцевого клінічного діагнозу та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. К

я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ (так/ні дано)

Інформацію надав лікар, який лікує _____ або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

(ПІБ, лікар)

(дата)

(підпис)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїм дітям) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недопирі щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені була надана можливість і час на обміркування _____ згоду на операцію і повністю виконати її лікарем _____

_____ а знеболення – лікарем _____ своїм підп _____

Копія інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА

ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____

У _____

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, тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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 дитини.

Інформацію надав лікар, який лікує

Я, _____

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) _____
(назви хвороби/захворювання)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____
(відсутність/абсолютна)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом лікування є _____

ВТ _____

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовенною анестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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. Ризик виникнення небажаних клінічних наслідків та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я даю згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мене цікавлять, та отримати на них відповіді. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла) та я даю згоду на операцію та знеболення.

_____ а знеболення – лікарю _____

Код за

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я,

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 хронтонічну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язую повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформовано недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне 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

Я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені

захворюванню

Інформація

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у

захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла)

можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись з _____

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом

втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть

передбачувати обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду.

Я розумію, що під час операції може виникнути _____

Інформацію надав лікар, який лікує _____

або буде оперувати мене (моє дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені

запропоновано, та можливих їх наслідків. У мене немає незрозумілих моментів і час на обміркування _____

Я даю згоду на операцію _____, а знеболення – лікарю _____

Своєю підписом, _____ (підпис пацієнта)

Копія інформованої згоди _____ (дата)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

НА ПРОВЕДЕННЯ Д

ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____

у _____

_____ одержав(ла)

(написування запису 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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(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.

Інформацію надав

Я, _____

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 операції.

Я отримав(ла) інформацію про _____ (пациєнт)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та знеболення, а також про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція є необхідною.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли згоди, що втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☒ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ☐ регіонарною (спинномозковою/спінуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 _____

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (мої дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає незгоди щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час для прийняття рішення про згоду на операцію та знеболення.

_____ (підпис)
_____ (підпис)
_____ (підпис)

Копія інформованої

(законні представники)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА
ЗАГODA НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО

Я, _____ ІМЕННЯ _____
у _____ ЗБРАННЯ _____
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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про
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 отримав(ла) на них відповіді.

Інформація

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГODA 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/виступає)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) пояснення щодо
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.
(визначення/обмеження)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми прийшли висновку, що найбільш оптимальним методом лікування _____ хірургічного
втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

решітчасту (спинномозкову/епідуральну) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 можливі 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.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки.

можливість і час на обмірковування _____

_____ а знеболення – лікарем _____ що підтверджує
своє _____

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО

Я, _____

у _____

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
орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під
проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь
повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а)
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування
можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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,
захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____

Я, _____

(підпис)

(дата)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) повну
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____
(відхилення/дисекторія).

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 відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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
випадках виникнення клінічного діагнозу та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____

Інформацію надав лікар, який лікує _____ року
або буде оперувати мене (мою дитину) _____
(П.І.Б. лікаря) (дата)

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ 20 _____ року
(П.І.Б. лікаря) (дата)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені
запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає _____

_____ згоду на операцію та знеболення – лікар _____
(підпис пацієнта) (дата)

Код за б/р

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я,

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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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.

Інформація

Я,

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)
(найменування закладу охорони здоров'я)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) повне

можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.
(найменування закладу охорони здоров'я)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми _____
втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентильованою легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 багатьох 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 _____

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені _____
запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були відомі
можливість і час на обміркування _____ згоду на операцію і _____

своїм підписом _____, а знеболення – лікарю _____

Код за СД

НА ПРОВЕДЕННЯ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я,

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, тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про можливі наслідки недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного самостійного вживання ліків, 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 заставати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану мого (моєї дитини) захворювання.

Інформацію надано

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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

(наявність/відсутність)

у мене (у моєї дитини)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) повну інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись з метою лікування.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми обговорили, що після операції та знеболення можливі наслідки втручання може бути операція в обсязі:

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках кінцевого клінічного діагнозу та обсягу необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції може виникнути

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливий їх наслідок. У

можливість і час на обміркування. Я даю згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю

своїм підписом

а знеболення – лікарю

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛІВНА ВІДА ПАЦІЄНТА

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ

Я, _____

У _____

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, серйозність його перебігу, діагностику та лікування.
Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки подальшого лікування, про необхідність дотримання дисципліни лікування, про необхідність виконання медичних рекомендацій лікаря про будь-яке використання лікарських засобів. Я інформований(а) про можливість ускладнень лікувального процесу та незалежно підписав(а) цю форму.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.
Я визнаю, що маю повну можливість розуміти, що я роблю, і прийняв(ла) рішення про лікування.

Інформацію надано _____

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛІВНА ВІДА НА ОЦІНКУ
ТА ВИБІР ЛІКУВАННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) повну інформацію про характер захворювання у мене (у моєї дитини), а також про можливі потреби лікування.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у разі потреби
можу(можемо) зрозуміти, як можуть впливати на перебіг хвороби та на результати лікування.

Я прокину(можемо) обговорити з лікарем _____
і прийняти рішення про лікування.

Я ознайомлений(а) з планом лікування, з необхідним (можливим) лікуванням, з необхідністю дотримання дисципліни лікування, з необхідністю виконання медичних рекомендацій лікаря про будь-яке використання лікарських засобів, з необхідністю виконання медичних рекомендацій лікаря про будь-яке використання лікарських засобів, з необхідністю виконання медичних рекомендацій лікаря про будь-яке використання лікарських засобів.

Я усвідомлюю, що лікування є необхідним, що я розумію, що я роблю, і прийняв(ла) рішення про лікування. Я розумію, що я роблю, і прийняв(ла) рішення про лікування. Я розумію, що я роблю, і прийняв(ла) рішення про лікування.

Інформацію надано _____, який (які) _____
об'єктивно оцінив(ли) моє (наше) здоров'я.

Інформацію надано _____, який (які) _____
об'єктивно оцінив(ли) моє (наше) здоров'я.

Інформацію надано _____, який (які) _____
об'єктивно оцінив(ли) моє (наше) здоров'я.

Інформацію надано _____, який (які) _____
об'єктивно оцінив(ли) моє (наше) здоров'я.

Інформацію надано _____, який (які) _____
об'єктивно оцінив(ли) моє (наше) здоров'я.

Код за ЄДР

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____, одержав(ла)
у _____

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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.
Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання.

Інформацію

Я, _____

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)
супутних 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 _____ методами.

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 відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентильованою легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, наслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках винесений клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних дій можуть бути визначені під час операції. Крім того,

я розумію, що під час операції може виникнути

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість

запро

можли

своїм

(Підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Код

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____

у _____

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, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки від проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані 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.

Інформація

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) повне пояснення можливих варіантів хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показом.

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 (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентильованою легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках konieczний клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції може виникнути _____

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені були запропоновані, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені б хотілося отримати згоду на операцію і доцільно виконати її лікарем _____

(Підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

_____ одержав(ла)

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, тривалість, 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 інформувати лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що отримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування є ускладнення лікувального процесу та негативно позначиться на стані здоров'я.

Мені надано 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

Я, _____

**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 проведення операції та знеболення.

Я отримав(ла) інформацію про _____

хворих захворювань, які можуть впливати

на вибір різних варіантів хірургічного лікування та

У процесі обговорення з лікуючим лікарем

лікування може бути операція в обсязі: _____

вибору якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути передбачувані 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

інформацію надав лікар, який

буде оперувати мене (моє

інформацію довів лікар-анес

Підтверджую, що я ма

пропоновано, та можливі

можливість і час на обмірку

юїм

опік

отримав: пацієнт (законні представники) _____

R

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТА

Форма первинної облікової до

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла)

у _____ (назва 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 (стан здоров'я дитини). Я проінформований(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.

Інформована

Я, _____

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
(нааяність/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.

(відносний/абсолютний)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____ хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

- ☐
- ☐
- ☐
- ☒
- ☐

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.

(даване/дане)

інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про можливі наслідки запропонованої операції та знеболення, на що я надаю згоду.

_____ і доручаю _____

Копію інформованої згоди _____

[REDACTED]

Я (підписаний(а) з планом обстеження, особливості його перебігу, діагностики та лікування. 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 повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недовірені рекомендації лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я. Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

[REDACTED]

ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про [REDACTED] дитини. Супутні захворювання, які можуть впливати на перебіг [REDACTED] можливих варіантів хірургічного лікування та про те, що оп [REDACTED]

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути [REDACTED]

[REDACTED]

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я розумію, 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 надано згоду. У винятковому випадку виниклий клінічний діагноз та обсяг втручання можуть змінитися.

Я розумію, що під час операції може виникнути [REDACTED]

Інформацію надав лікар, який лікує [REDACTED] або буде оперувати мене (мою дитину) [REDACTED]

Інформацію надав лікар-анестезіолог [REDACTED]

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати та отримати відповіді на мої запитання. У [REDACTED]

Можливі наслідки [REDACTED]

Знеболення – лікарю [REDACTED]

Згідно з [REDACTED]

Сопроводженої згоди отримав: пацієнт (законний представник) [REDACTED]

Код

Я.

У

(Інформувальник закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.
Я ознайомлений(а) з білячим обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного споживання ліків, можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані 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, захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформація

Я.

ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини) _____ супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (ла) повну інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми прийняли рішення, що найбільш оптимальним варіантом лікування втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з м'язовою релаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках виникнення екстремних ситуацій

я розумію, що під час операції моє

інформацію надав лікар, який

або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

своїм

Копія інформації згоди отримав: пацієнт (законні представники)

... міністерства, іншого органу виконавчої влади,
... установи, організації, до сфери управління якого
... заклад охорони здоров'я

Департамент охорони здоров'я м. Києва

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 003-6/о



(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,
... тривалість дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти
... необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти
... лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання
... рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть
... погіршити 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.



ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини)



- ... інформації якої планується під знеболенням (знеболенням) (назва операції)
- ... інфільтраційною регіонарною анестезією
- ... внутрішньовенною анестезією
- ... загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ... регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ... комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☒
- ☐

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути
... передбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У
... випадку виникнення непередбачуваних обставин, я розумію, що це не є моєю винною.

... інформацію надав лікар, який
... ве або буде оперувати мене
... (у моєї дитини)

... інформацію довів
... ар- анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла)
... запропоновано, та можливі і
... обмірковував(ла) операцію

... (та)

Департамент охорони здоров'я
виконавчого органу Київської міської ради
(Київської міської державної адміністрації)

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 003-б/о

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 надані 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

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) _____

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.
У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____ може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксантами та 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 _____ розумію, що під час операції може виникнути _____

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість _____ запропоновано, та можливі їх наслідки. У _____

сво

Ко _____ підписит (законні представники) _____

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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я м
лікування та
Інформацію
лікар

Я,

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 наслідки відхилення від показань та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносини/абсолютні)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____

може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньопечінковою анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операції 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 необхідного медичного втручання можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути _____

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропонувати та отримати відповідні наслідки.

має: пацієнт (законні представники) _____

ННЯ

(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, зрісстовому 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 повідомити 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.

ліку
інфо
ліка

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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)

(імя/ім'я/власність)

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.

(відносини/абсолютним)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____, що найбільш оптимальним способом лікування _____ може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

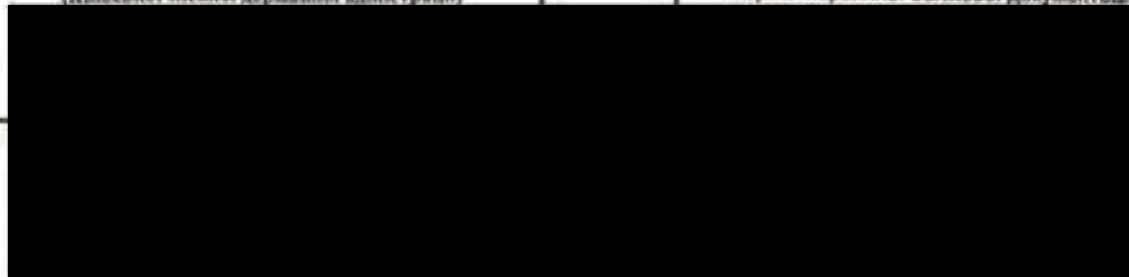
Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки. У
можливість і час на обмірковування

Копія інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____



(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 повідомити 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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, отримати стислі відповіді на них.

лікувний
інформація
лікар



Я підтверджую,

яке потребує

Я отримав

супутніх зах

можливі вар

У процесі о

може бути о



і захворювання,

моєї дитини)

нення про

ічного втручання

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентिलाцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

☐
☐
☐
☒
☐

Я усвідомлюю, що операції 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

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки.
можливі ускладнення

своєю



Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської адміністрації)	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 002/010
(найменування закладу охорони здоров'я)	
інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування. Я ознайомлений(а) з повним обсягом 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 повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, неконтрольоване самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я. Мені надані в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.	
лікування Інформація лікаря Я	
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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. Я отримав(ла) повне роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість операції та про можливі несприятливі наслідки під час її проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, неконтрольоване самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я. Мені надані в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.	
виконання якої планується від знеболення (необхідно відзначити):	
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовенною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).	
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 втручання можуть бути змінені. Крім того, я даю згоду.	
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину). Інформацію довів лікар-анестезіолог. Підтверджую, що я мав(ла) можливість запропонувати та можливі їх наслідки. Я мав(ла) можливість висловити свої побажання. Своєю згодою (відмова від згоди)	
Копією інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)	

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____
У _____
(підписування лікаря 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 очікувану тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про можливі ускладнення лікувального процесу та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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 та лікування захворювання і лікування та отримав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____
Я, _____

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

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

Я отримав(ла) інформацію про _____
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг захворювання та на результати лікування, а також про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, чому саме цей варіант лікування є найкращим.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____
втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої потребує під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.
Я розумію, що під час операції моє (моє дитини) життя та здоров'я будуть під загрозою.

Інформацію надав лікар, який лікує мене (моє дитини) _____
або буде оперувати мене (моє дитини) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про деталі операції та знеболення, та отримав(ла) відповіді на всі мої запитання.
Запропоновано, та можливі їх наслідки, обговорено з лікарем, який лікує мене (моє дитини) _____
можливість і час на обміркування.

Своєю підписаною _____
я підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про деталі операції та знеболення, та отримав(ла) відповіді на всі мої запитання.
Запропоновано, та можливі їх наслідки, обговорено з лікарем, який лікує мене (моє дитини) _____
можливість і час на обміркування.

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Інформація 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 встановленого лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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 цікавили, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповідей.

Інформ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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)
(найбільш доступна)
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.
(найбільш оптимальним)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хір. _____
втручання може бути операція в обсязі _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 виниклий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того
я розумію, що під час операції може виникнути _____

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки
можливість і час на обмірковування _____

(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

5 1 4 1 3

сідер

(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, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення. Я проінформований(а), що необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування може 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 та одержав(ла) на них відповіді.

(дата)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

суттєво

втручання

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☒ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

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 змінені. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я надаю згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість отримати необхідну інформацію та можливості її наслідки.

ю

дан

зн

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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані 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.

Інформ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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

супутніх захворювань, які можуть вплинути

можливі варіанти хірургічного лікування

У процесі обговорення з лікуючим лікарем

втручання може бути операція в обсязі

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію дав лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропонувати та погодити з лікарем

можливі варіанти лікування

своєю підписом

(подпис пацієнта)

Копія інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник)

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, (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я маю(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу

захв

інф

захв

суп

мо

втр

виконання якої планується під з

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 діаг

я розумію, що під час операції мож

Інформацію надав лікар, який лі
або буде оперувати мене (мою дити

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла)
запропоновано, та можливості їх ш

можливість і час на обмірковуванн

своїм

Копія _____ отримав: пацієнт (законні представник)

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, (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.
Мені надано 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 цікавили, та отримати на них відповіді.

Інформацію надано в доступній формі (написано/наголошено/показано/наведено на зображення/на слух) _____

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 операції.

Я отримав(ла) інформацію про _____
супутніх захворювань, які можуть вплинути на проведення операції, а також про можливі варіанти хірургічного лікування.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем операції та знеболення, втручання може бути операція в обсязі _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентильованою дихальною системою

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

☐
☐
☐
☐
☒

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 істотний клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути необхідність проведення додаткових медичних втручань.

Інформацію надав лікар, який лікує мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про можливі наслідки операції та знеболення, а також про можливість і час на обміркування _____

своїм підписом _____

(дата) _____

Копія інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

(написування 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
орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під
проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь
повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а)
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування
можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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,
захворювання і лікування та отримав(ла) на них відповіді.

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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
супутніх захворювань, які можуть впливати
можливі варіанти хірургічного лікування та пр

У процесі обговорення з лікуючим лікарем
втручання може бути операція в обсязі:

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть
непередбачувани обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У
випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.
Я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я (ми) (ла) (ми)

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, орієнтовну тривалість, діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про можливі наслідки недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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, захворювання.

Інформацію

Я, _____

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).
(навіть/навіть)
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 _____ тобою.
(відноситься/абсолютно)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно підкреслити).

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 надію згоду. У випадках кінцевої клінічної діагнозу та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції можливі _____

Інформацію надав лікар, який лікуватиме мене (мою дитину).

Інформацію дав(ла) лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про пропозиції та можливі їх наслідки, а також на обмірковування _____

юім підписом _____

зання міністерства, іншого органу виконавчої влади, ста, установ, організації, до сфери управління якого, заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

(найменування закладу охорони здоров'я)
маю 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, повну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти свого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікувального лікаря, режиму прийому призначених препаратів, неконтрольоване самолікування можуть віднести 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 лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформація надана

Підпис

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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) повну інформацію про характер, мету, повну тривалість оперативного втручання та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти свого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини).

Інформація надана

Я отримав(ла) повну інформацію про характер, мету, повну тривалість оперативного втручання та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти свого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини).

Підпис

У повному обсязі роз'яснено про характер, мету, повну тривалість оперативного втручання та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти свого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини).

Інформація надана

Лікування якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути передбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У певних випадках індивідуальний 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 даю/не даю згоду.

Інформацію надав лікар, який
указав або буде оперувати мене
або дитину)

Інформацію довів
лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропонувати, та можливі їх наслідки
якомога повніше роз'яснено.

Підпис

Знак

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

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 загальну
орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки
проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь
повідомити лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а)
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самостійне
можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.
Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я.

Захворювання
Інформація

Я,

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАТИВНЕ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер визначеного у мене (у моєї дитини)
захворювання, його перебіг, діагностику та лікування, а також про можливі несприятливі наслідки оперативного втручання.

Я отримав(ла)
суттєвих
можливі
У про
втручання

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть
непередбачуваним чином виникнути ускладнення, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У
випадках критичної клінічної діагностики та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції мо
Інформацію надає лікар, який л
або буде оперувати мене (моє дит
Інформацію довіє лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла)
запропоновано, та можливий їх
можливість і час на обміркуван

своїм пі

Код за

Н

Я,

у

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 (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання.

Інформ

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 ш

Я отримав(ла) інформацію про

супутніх захворювань, які можуть впливати

можливі варіанти хірургічного лікування та

У процесі обговорення з лікуючим

втручання може бути операція в обсязі:

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

☐ інфільтраційною регіонарною анестезією

☐ внутрішньовенною анестезією

☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 клінічний діагноз

я розумію, що під час операції може

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки
можливість і час на обміркування

своїм підписом

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київська міська державна адміністрація)		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації
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 отримати відповіді. Інформацію на _____ лікар _____ Я, _____		
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛІЙНА 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 _____ може бути операція _____		
виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):		
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовенною анестезією загальною анестезією з міорелаксантами та штучною вентиляцією легень регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).		
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 _____		
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ Інформацію довів лікар-анестезіолог _____		
Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про запропоновано, та можливі їх наслідки можливість і час на обміркування _____		
своїм підписом _____ _____		
Копія інформованої згоди пацієнта (законні представники) _____		

Департамент охорони здоров'я
виконавчого органу Київської міської ради
(Київської міської державної адміністрації)

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

Н

НІЯ

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, орґанізову 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 надано 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

ліку

інф

ліка

інф

інф

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що я (якщо це не дитина) або мій законний представник (якщо це дитина) повністю розумію, чому мій (моєму дитині) може знадобитися операція та знеболення, і я (ми) погоджуюсь з тим, що операція та знеболення можуть бути небезпечними, і я (ми) розумію, що операція та знеболення можуть бути необхідними для лікування мого (моєї дитини) захворювання, і я (ми) погоджуюсь з тим, що операція та знеболення можуть бути необхідними для лікування мого (моєї дитини) захворювання, і я (ми) погоджуюсь з тим, що операція та знеболення можуть бути необхідними для лікування мого (моєї дитини) захворювання.

Якщо потребує ліку

Я отримав(ла)

тін)

супутніх захворю

можливі варіанти

У процесі обгов

може бути опера

чання

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спінуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

☐
☐
☒
☐

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

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість

за

мо

св

а)

а)

а)

а)

а)

Н

ННЯ

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 повідомити 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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

(підпис)

лікування

бісу

за захворювання,

(у моєї дитини)

яснення про

(відносним/абсолютним)

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 відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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.

Інформацію надав лікар, який лікує або
буде оперувати мене (мою дитину)

(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість

(моєї дитини)

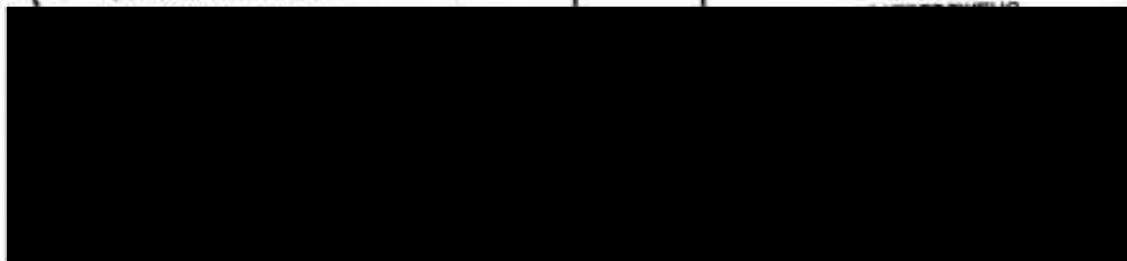
ні були надані

ати її лікарю

що підтверджую

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ форма первинної облікової документації
(найменування закладу охорони здоров'я)	
інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, лікностики та лікування. Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, організацію 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, безконтрольного самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.	
Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.	
лікування Інформація лікар	
(підпис)	
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ	
Я підтверджую, що отримав(ла) достатню для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування.	
Я отримав(ла)	
про	
сучасних захворювань можливі варіанти	
У процесі обговорення	
може бути операція	
виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):	
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовенною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).	
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 втручання, що під час операції може виникнути	
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (моєю дитину)	
Інформацію довів лікар-анестезіолог	
Підтверджую, що я мав(ла) можливість попитати про можливі наслідки. У	
як пацієнт (законні представники)	

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 003-8/о



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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування.

Інформації лікаря
Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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.

(відносини/абсолютими)
У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що операція _____ може бути операцією _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентильованою легеною
- ☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

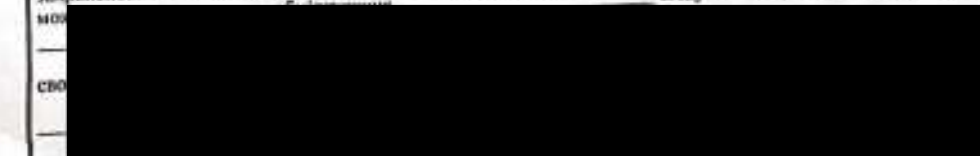
Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути втрачено життя. Я розумію, що під час операції може виникнути потреба в додатковій операції.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

(П. І. Б. лікаря)

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає незрозумілих моментів щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані відповідні роз'яснення. Я згоден(а) на операцію і доручаю виконати її лікарю _____, що підтверджую.



Копію інформованої згоди отримав(ла) _____

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, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного самостійного застосування ліків, що можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.
Я маю(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я мого (моєї дитини) захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформація

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 операції та знеболення.

Я отримав(ла) інформацію про характер, орієнтовну тривалість операції та знеболення, про можливі несприятливі наслідки проведення операції та знеболення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі операції та знеболення. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного самостійного застосування ліків, що можуть ускладнити операційний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем мого (моєї дитини) захворювання та знеболення, я отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення операції та знеболення. Я маю(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я мого (моєї дитини) захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- ☐ регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- ☐ комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках кінцевого клінічного діагнозу та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції та знеболення. Я розумію, що під час операції та знеболення може виникнути необхідність проведення додаткових медичних втручань, на що я надаю згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує мене (мою дитину): _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог: _____

Підтверджую, що я маю(ла) можливість отримувати необхідну інформацію про стан здоров'я мого (моєї дитини) захворювання і лікування, а також отримувати відповіді на свої запитання. Я маю(ла) можливість отримувати необхідну інформацію про стан здоров'я мого (моєї дитини) захворювання і лікування, а також отримувати відповіді на свої запитання.

Мій підпис:

(підпис пацієнта)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язую повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформую недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самостійно можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно стану здоров'я дитини.

Інформація

Я

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 характер, симптоми та супутні захворювання, які можуть впливати на результати лікування, а також про можливі варіанти хірургічного лікування та про

У процесі лікування можливі втручання можуть виконуватися

виконання якої

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 випадках кінцевого клінічного діагнозу та обсягу необхідних медичних послуг можуть бути змінені під час операції.

Я розумію, що під час операції може виникнути

Інформацію надав лікар, який лікує мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно стану здоров'я дитини.

своїм підписом

(підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав(ла) лікар-анестезіолог

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. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість заставати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу

захв

Інф

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 можливі наслідки оперативного втручання, а також про можливі варіанти хірургічного лікування.

У процесі обговорення операції та знеболення я отримав(ла) відповідні роз'яснення. Я розумію, що втручання може бути операційним.

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):
інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовенною анестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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 результат операції та знеболення може бути не таким, як було обговорено.

Я розумію, що під час операції мо

Інформацію надав лікар, який
або буде оперувати мене (моєю дити

Інформацію довів лікар-анестез

Підтверджую, що я мав(ла)
запропоновано, та можливих їх
можливості і нас не обміркову

св

К... як: пацієнт (законні представники)

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київська міська державна адміністрація)	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ форма первинної облікової документації
(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 несоряджані наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомити 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 надано 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) відповіді на них.	
Інформацію надано лікарем Я, _____ _____ (підпис)	_____ _____ (підпис)
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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)	
(назва/якість) 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.	
(відносимість/супутніми) 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 відзначити):	
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовенною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та 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.	
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)	
Інформацію довів лікар-анестезіолог	
Підтверджую, що я мав(ла) можливість запропоновано, та можливі їх наслідки. У можливості _____ обміркування	
своїм підписом _____ (підпис пацієнта)	
Копію інформованої згоди отримав пацієнт (законні представники) _____	

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 002-8/0
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ	
Я, _____, (наступальні місця покриваються чорною фарбою)	
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 повідомити 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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування.	
Інформація лікаря	_____ (підпис) _____ (підпис) _____ (підпис)
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 _____ (наступальні місця покриваються чорною фарбою) у мене (у моєї дитини) 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. (відносимий/абсолютним) У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми обговорили, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____ виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити): інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньочеревною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією комбінованою анестезією (загальною + регіонарною). 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 втручання можуть відрізнятися від первинного. Я розумію, що під час операції може виникнути _____ Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ (підпис) Інформацію надав лікар-анестезіолог _____ (підпис) Підтверджую, що я маю(ла) можливість по _____ (підпис) запропоновано, та можливі їх наслідки. У _____ (підпис) можливостях _____ (підпис) своїм _____ (підпис) Копію інформованої згоди отримав пацієнт (законні представники) _____	

**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, неконтрольоване самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про вимірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержув(ла) на них відповіді[...]

Інформацію надає

ДІКАР

Я. _____

(misnomer)

MACV B-311100

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)

(назвність, відсутність)

спутних 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

POKUTUNNEMIN

(віднесеним безплотним)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем [REDACTED] хірургічного втручання може бути операція в обсязі:

виконання якої планується під знеболюванням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

ВНУТРІШНЬОБІЛНУ АНЕСТЕЗІЮ

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень.

регіонарною (спинномозковою/спідуральною) 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 пізніше операції. Крім того, розумію, що під час операції може виникнути потреба в додаткових медичних втручаннях, на що я надаю згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або
бувде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію домів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене можливі [REDACTED] об'єднання

своим нлс

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла) у _____

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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

лікування. Інформацію надав лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання і

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації
--	---

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____, одержав(ла) у _____ (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, безконтрольного самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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 _____ (підпис) _____

Інформацію лікар _____ кування

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 _____ показаннями.

_____ (відхилення/абсолютні)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми _____ ного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та 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 _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запропоновано, та можливі їх наслідки _____ (моїй дитині) _____

_____ та її лікарю _____

_____ підтверджую _____

своїм підписом _____

_____ (підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

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, безконтрольного самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надані в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задати будь-які питання, які мене цікалять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та отримав(ла) відповіді. Інформацію надав лікар

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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)

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.

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 відзначити):

- ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією
- ☐ внутрішньовенною анестезією
- ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та 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 після операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію дав(ла) лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запропоновано, та можливі їх наслідки. _____

своім підписом _____

Копію інформувати _____

(підпис лікаря)

(підпис лікаря)

я (моєї дитини) _____ мені були надані _____ яти її лікарем _____ що підтверджую

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації
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 надано 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 отримав(ла) відповіді.	Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ (підпис) Я, _____ (підпис)	
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 операції _____ у мене (у моєї дитини) _____ (найменування закладу охорони здоров'я). Я отримав(ла) інформацію про _____ (найменування закладу охорони здоров'я) _____ у мене (у моєї дитини) _____ (найменування закладу охорони здоров'я). супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти лікування, зокрема, що операція буде виконуватись за показаннями. 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 відзначити): ☐ інфільтраційною регіонарною анестезією ☐ внутрішньовенною анестезією ☐ загальною анестезією з міорелаксацією та 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 непередбачувальні обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідного лікування можуть змінитися. Я розумію, що під час операції може виникнути _____ Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ Підтверджую, що я мав(ла) можливість запитати про запропоновану та можливі їх наслідки. У _____ своїм _____ Копію інформованої згоди отримав пацієнт (законні представники) _____		

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації
Н Інформація лікар	(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 надані 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.	ІА (підпис) (підпис)
ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 _____ (відносним/абсолютним) _____ показаннями. У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____ хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____		
виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):		
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовенною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та 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 _____		
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) Інформацію довів лікар-анестезіолог		(підпис) (підпис) (підпис) (підпис)
Підтверджую, що я мав(ла) можливість по _____ запропоновано, та можливі їх наслідки. У _____ можливості _____ обмірковування _____ своїм під _____		
Копію інформації згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____		

(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 надано в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я м...
 лікування та...
 Інформацію...
 лікар...
 Я, ...
 ...

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 операції.

Я отримав(ла) інформацію про ...

... (а) пояснення про ...
 ...

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ...

може бути операція в обсязі: ...

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

☐
☐
☒
☐
☐

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 ...

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) ...

Інформацію довів лікар-анестезіолог ...

Підтверджую, що я мав(ла) можливість ...
 запропоновано, та можливі їх наслідки. У ...
 можливість і час на обміркування ...

...
 своїм ...

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) ...

(підписування 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 тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного вживання ліків, можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надано 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.

Захв

Інф

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене захворювання, яке потребує лікування шляхом проведення операції та знеболення.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене ()

(належність/відсутність)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____

У процесі обговорення з лікарем, яким мені подобається, я отримав(ла) інформацію про можливі варіанти лікування, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____

втручання мож

виконання яко

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

решімою (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

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. Я розумію, що під час операції та знеболення можуть бути використані лікарські засоби, які можуть впливати на стан здоров'я.

Я розумію, що під час операції та знеболення можуть бути використані лікарські засоби, які можуть впливати на стан здоров'я.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я.