

Код за ЄДР

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я,

у

(наданням згоди на проведення діагностики та лікування)

інформацію про характер моєї (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 та 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 повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформованний(а) недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самодіяльне вживання лікарських засобів, можливість ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

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

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

Інформація про лікаря

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) _____ (захворювання/відсутність) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав (ла) позовину про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за _____ показаннями (відмінними/абсолютними).

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

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовеннюю 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, наслідок 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. Крім того, я усвідомлюю, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ (даю/не даю) згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує мене (моєї дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

[Ім'я] (І.І.Б. лікаря)

(дата)

(підпись)

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) були запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені було відповідно до цієї інформації відповідно виконати цю операцію та знеболення. Я надаю згоду на операцію та знеболення під час операції та знеболення – лікарю

своїм підписом

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

Код за СДРПС

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ

ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я,

у

інформацію про характер моого (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 хронічну 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 проінформовано про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне сидіння, 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я захворювання.

Інформацію про

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитині) _____
(найменш високий рівень)

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

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

втручання є _____

ВЗ

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовеннюю 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 передбачуватися обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. Вигадках концепцій 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 надаю згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде опі鲁вати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

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

(запис лікаря)

а знеболення – лікарю _____

Код за

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

на [REDACTED]
Я, _____
у _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, ліагностичні та лікувальні
орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки в
проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'яну
повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформовано
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне с
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 відмова від:

Я [REDACTED]

захворювання

Інформація

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитині) виконання якої планується під захворюванням, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) інформацію про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за [REDACTED]

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

виконання якої планується під зневоленням (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 зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть
відбутися обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду.
Інформація надана лікарем, який лікує

або буде опі鲁вати мене (моєї дитину) _____

Інформацію надає лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і зневолення, які мі
запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри до лікуючого лікаря та
несподіваності і час на обміркування [REDACTED] згоду на операцію та зневолення.

Своїм підписом,

а зневолення – лікарю _____

(підпись лікаря)

Копію інформованої згоди _____

(дата)

НА ПРОВЕДЕНИЯ Д

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____
у _____, одержав(ла)

(Підписування заступу охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику 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 лікаря про будь-які погріяння самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікаючого 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно стану моєї дитини та захворювання і отримувати на них відповіді.

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 супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг оперативного втручання та можливі наслідки хірургічного лікування та про те, що операція може бути скасована.

У процесі обговорення з лікаючим лікарем ми дійшли згоди, що операція може бути скасувана або замінена на інше втручання.

Виконання якої планується під зневоленням (необхідне відзначити):

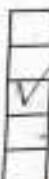
інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенюю анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спільуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).



Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я піддаю 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 потохія в переливанні крові, на що я піддаю згоду.

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції та зневолення, які мені (моєй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані повні і чіткі відповіді на всі мої питання.

Своєю підписом, я підтверджую, що я піддав згоду на операцію та зневолення – лікарю

(ім'я)

Копію інформації надав

(законні представники)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ЛІКУВАННЯ

Я,

ІМ'Я
Герасимчук

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику та лікування.

Я ознайомлені(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в поясному 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-які погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформованний/а про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому назначеніх препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про Імовірний перебіг захворювання і наслідки у разі підтвоювання лікування.

Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, лікування та лікування та отримувати на них відповіді.

Інформація

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНІБОЛЕНИЯ

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) _____
(записати/засуттєсть)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та постоперативного періоду. Я отримав (ла) пояснення моєї/моєї дитини щодо можливих варіантів хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за _____
(записати обговорювані)
показниками.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми зібрали висновок, що найбільш обумовленою формою хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знибленим (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенсною анестезією

загальною анестезією з мірелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спіндуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зниблення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути несподібаний обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зниблення, на що я наляво згоду. У виниклих заплатах 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 (моє дитину) _____

Інформацію дозвіл лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я маю(ла) можливість
запропонування, та можливість наслідків.

можливість і час на обміркування

Словом

в зниблення – лікарю _____

що підтверджує

своє

Ім'я _____

Ім'я _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ДІАГНОСТИКИ

Я, _____
у _____

Інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування
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 проінформован
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому назначених препаратів, безконтрольне самолі
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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я,
захворювання і лікування та одержувати на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____

Я, _____

(ім'я)

(дата)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА 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 з
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператійного періоду. Я отримав (ла) покаж
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____
(відповідно/збіснотично).

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

виконання якої плацується під знеболенням (потребує відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеннюю 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 ви
випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. У
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 (моє дитину) _____ (І.І.Б. лікаря) (дата) (дата)

Інформацію дав лікар-анестезіолог _____ " " 20 року _____
(І.І.Б. лікаря) (дата) (дата)

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені будуть
запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає
загроз для життя та здоров'я, які можуть виникнути під час операції та мені буде
забезпечено підтримка та обмеження впливу на мене з боку лікаря та медичного персоналу.

а знеболення – лікар _____

(підпис лікаря)

(дата)

Код за б

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____
у _____

(загальнозахисну засаду захорон та ров'я)

інформацію про характер моєго (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 підати повідомлення лікаючому лікарю про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформован(а), що недотримання рекомендацій лікаючого 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я та лікування захворювання.

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) (навіть якщо не зрозуміло)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав (ла) пояснення
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показниками (навіть якщо не зрозуміло).

У процесі обговорення з лікаючим лікарем ми _____ (загальні відомості про втручання)
втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеною 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 наочно згоду. У виниклих ситуаціях 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 _____ (загальні відомості про втручання)

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

Інформацію давів лікар-анестезіолог _____

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

своїм підписом _____, а знеболення – лікарю _____

Код за СД

НА ПРОВЕДЕНИ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА

Я, _____
у _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування, які відповідають планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер та орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки його 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 проінформований(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самовживання ліків та інші риси, які можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

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

Я маю(ла) можливість запитати буль-акі питання та звернутися до мене після лікування з питаннями щодо захворювання.

Інформацію на

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитині) захворювання, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператійного періоду. Я отримав (ла) про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за _____.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми відзначили, що під час втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенсною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спідуральною) 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 надвою згоду. Випадках кінцевий 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 опі鲁вати мене (мою дитину) _____

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропоновано, та можливі їх наслідки. У мінімальному обсязі, я маю(ла) можливість і час на обміркування _____ годину на операцію і доручаю виконати її лікарю _____

своїм підписом _____, а знеболення – лікарю _____

Код за СД

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕНИЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕСС, ПРОДОЛЖЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я, _____, одержав(ла)

У _____

інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отриман(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 лікувального лікаря про будь-яке погрешення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікувального лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно впливати на стан здоров'я.

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

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

Інформація

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозуміту 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 постоперативний період. Я отримав (ла) інформацію про можливі наслідки хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ анимом.

У процесі обговорення з лікувачем лікар мі дійшли піnsюоку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під зневоленням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеновою анестезією

загальною анестезією з мюрелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозговою/спінодуральню) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час яких можуть виникнути інспедибачні обставини, аналіз яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я нальво згоду. У виниклих випадках винесений клінічний діагноз та обсяг необхідних лікування постіль можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути

інформацію надав лікар, який лікує
або буде спершувати мене (моє дитину)

Інформацію довід лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість
запропонувати
можливо

своїм п

Ім'я(і) післяпіс

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

160

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ-АНКУЛЯЦІЇ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕВАННЯ

4

V

інформацію про характер моого (моєї діяльності) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування. Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) і 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-які погіршення самопочуття. (стан здоров'я антици). Я проінформовано про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому присаджених препаратів, безконтрольне смаження, можуть ускладнити лікувальний процес та негативно вплинути на стан здоров'я.

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

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

Інформація

四

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми ліквідуємо висновок, що найбільш оптимальним методом хирургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

шкірній якій плавується під змеболенням (необхідно відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовесенню застосію

загальную анестезію з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозговою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та захворювання – це складні медичні інтурення, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та захворювання, на що я надих згоду. У випадках виникнення клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Я зрозуміло, що під час операції може виникнути

Інформацію надав лікар, який лікує.

або буде сперувати мене (мою дитину) —

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(да) можливість поставити всі питання стосовно операції і зневолення, які мені були запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені б

К

НА ПРОПРОВЕДЕНИЯ ДЛЯ МІСТОВОГО ЛІКАРЯ АБО ДЛЯ ВІДДІЛЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

я,

у

інформацію про характер моєго (моєї літньої) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я отримав(ала) із планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в початковому обсязі роз'яснення про характер, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дитримання підзвіччного лікарем режиму та промесі лікування. Зобов'язуюсь повідомляти лікуючого лікаря про будь-які погіршення самопочуття, (стан здоров'я літньини). Я проінформован(а), що дитримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надана в доступній формі інформація про юмовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я маю(ла) можливість зазначити будь-які питання, які мене після цього стосують, зокрема:

Інформація

я, [REDACTED]

ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєй літності) захворювання, але потребує докування під час здійснення операційного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про супутніх захворювань, які можуть виникнути під час лікування, можливі наслідки хірургічного лікування та про те, що

У процесі обговорення з лікуючим лікарем, який виконує операцію, я можу відмовитися від лікування. У разі відмови від лікування може бути операція в обсязі:

виконання якої підлягається під звободивнем (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

інтуристинковою анестезією

загальну анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спаніновазіковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я уточнив(а), що операція та зневодження – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути несподівані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневодження, на що в наявності. У випадках критичного клінічного діагнозу та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути вигинчані під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може

Інформацію надав лікар, який лікує мене (моє літнєння)

Інформацію дозвіл лікар-анестезіологу

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запитувати, та можливість вимірювати мою літність і час обміркування.

К

Інформацію надав: пацієнт (законні представники)

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

[REDACTED], одержав(ла)

інформацію про характер моого (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, зитову тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його ведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно ідомляти лікуючому лікарю про будь-яке погіршення самочуства. (стан здоров'я в дитини). Я проінформований(а), що отримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування суть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання та 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 [REDACTED]

Я, [REDACTED]

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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 [REDACTED]

утіх захворювань, які можуть виникнути

заплановані варіанти хірургічного лікування та

У процесі обговорення з лікуючим лікарем може бути виключена

учання може бути операція в обсязі:

операція якої планується під зневодненням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовененою анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідулярною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

<input checked="" type="checkbox"/>

Я усвідомлюю, що операція та зневоднення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути передбачувані обставини, наслідок яких може бути змінено хід операції та зневоднення, на що я надвою згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути зазначені під час операції. Крім того, згідно з законом України, я зобов'язуюся:

формацію надав лікар, який виконує операцію, або лікар, який виконує зневоднення, якщо я

згідно з законом України, я зобов'язуюся:

Підтверджую, що я маю зізнання, що я отримав(ла) інформацію, яку було пропоновано, та можливі

експертні діагнози та обсяг лікування та зневоднення.

ім'я [REDACTED]

опікун [REDACTED]

отримав: пацієнт (законні представники) [REDACTED]

у _____ (обмеженням заходу здоров'я)

інформацію про характер моєго (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, методичну та економічну ефективність діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'яжуєсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-які 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 відміни під лікування.

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

Інформація

я,

ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитині) захворювання, але потребую лікування шляхом здійснення операційного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг захворювання, а також
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що

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

виконання якої планується під зневодненням (необхідне відзначити):

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

Я усвідомлюю, що операція та зневоднення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневоднення, на що я надаю згоду. У випадку виникнення критичного діагнозу та обсягу необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім

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 маю(ла) можливість
запроцесувано, та можливі їх наслідки

змінити

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

Я, _____, подтверждаю, что в настоящий момент времени я не являюсь гражданом Российской Федерации и не имею гражданства иного государства.

Інформація про учасників МДС, які не мають земельних ділянок, але мають земельні ділянки, що віднесені до земельного фонду підприємства, а також про земельні ділянки, що віднесені до земельного фонду підприємства та підпорядковані

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 погрешання 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання та лікування та одержувати(ла) на них відповіді.

100
www.ijerpi.org

प्राचीन भारतीय संस्कृति का अध्ययन और विवरण

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілість для мене інформацію про характер вилеченого у мене (у мої дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення операційного втручання.

У мене (у моєї дитини) Я отримав(а) інформацію про

зупутніх захис ювань, які можуть впливати на перебіг обриві та післяоператівного періоду.

Я отримав (да) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за показниками.

У процесі обговорення з пікуючим лікарем

вихідніх даних) діється під зміщеннями (необхідні відзначити)

ініціюється під засобами (небо
штрафами) перенесеною винятково

10

Французская революция
влияла на революцию

四

заступлючи вовченкою анестезією з мікроплактічною та штучною вентиляцією легенів.

四

регионализма (причиною зокрема підурядського) антиестетичного

27

комбіновану анестезію (загальну + регіонарну)

6

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

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

Інформацію дозвіл
використання анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запропоновано, та можливі та наслідки
їх виконання, і ми не обмежувалися

інформації (у моїй літності) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.
мету, проводити з планом обстеження і лікування. Отримав(да) в повному обсязі роз'яснення про характер,
процеси, про необхідність діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його
проведення. Я отримав(да) інформацію про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно
заспільнити лікувального лікаря про будь-яке погрешення самопочуття (стан здоров'я літності). Я проінформован(а),
що неспільнення рекомендацій лікувального лікаря, режиму прийому прізначених препаратів, безконтрольне
заспільнення можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Можливі в доступній формі інформацію про їмовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відміни від зачленення.

Можливість
захарненого
диабету

ТА ЗНІБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(да) ясну інформацію про характер виявленого у мене (у моїй літності
захворювання, яке потребує лікування шляхом застосування операційного втручання).

Я отримав(да) інформацію про _____
спутні захворювання, які можуть впливати на перебіг _____
можливі відхилення хірургічного лікування та про те, що операція може бути виконана
шляхом:

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

виконання якої по-

інфільтраційною регіонарною анестезією

заутрішньовсеснію анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я знаюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути
неперебігні обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я підношу згоду. У виняткових
випадках підвищений клінічний діагноз та обстоятельства можуть зробити, що під час операції може виникнути
інший хірургічний втручання.

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде лікувати мене (мою літнину)

Інформацію надав лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я міа(л) можливіс-
ті алергічної реакції та заспільні їх наслідки. У
важливих випадках я зобов'язуюсь:

заспільнити зневолення – лікарю _____

звіт про

Сотовариство заснованої згоди отримав, паштит (законні представники) _____

Ко:

Я,

у

(заповідний шаблон скріпки заснованої)

інформацію про характер моєго (моєї дитинки) захворювання, особливості його перебігу, ліагностики та лікування
Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про можливість
орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки його
проведення, про необхідність дотримання післячісного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язую
повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погрішення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформован
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому назначених 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 лікування.

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

Інформація

Я,

ТА ЗНЕБОЛЕЖНЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моїй захворювання, яке потребує лікування шляхом
супутніх захворювань, які можуть виникати на першому етапі та післяоперативному періоду. Я отримав (ла) по
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми зробили висновок, що належить до

втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під зневоленням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеновою анестезією

загальну анестезією з мінералаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/ендуральню) анестезією

комбінованою анестезією (штучною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть
непередбачувані обставини, наслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У
випадках низької клінічної дієвості

я розумію, що під час операції мі

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла)
заповідний шаблон скріпки, та можливість
можливість і час на обміркування

своїм

Копію цієї документації я отримав: пацієнт (законні представники)

Департамент охорони здоров'я м. Києва

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма першичної облікової документації
№ 003-б/с

Mr. COLA/6/0

(найменування заслуги захисників 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, сировину та кількість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, а також необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікаря про будь-яке погрешення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання командувань лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть падіти 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 ування.

Следует отметить, что в большинстве случаев интеграция может приводить к ухудшению состояния систем управления в целом.

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у мої дитини) [REDACTED]

затись за

ургичного

1489

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовенюсною анестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
—
—

Я усвідомлю, 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 якісних випадках юнів[...]. Коїм того, я розумію

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

Зармацю дозвіл
ДР- анестезіолог

Підтверджую, що я мав(а)
запропоновано, та можливі
варіанти, які не обмежуюва-
ть операції

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
		Форма первинної облікової документації № 003-Б/о
ІНЯ		
(написуваний заразу членом засідання)		
інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.		
Я ознайомлені(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, еріситому 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 поінформовані(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 Ямохірій перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.		
Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, кій мене шкодять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і		
(написане) лікування у разі відмови від лікування		
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)		
(намісник/ласунок)		
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за		
показниками.		
(відносним/абсолютним)		
У процесі обговорення з лікуючим лікарем _____		
може бути операція в обсязі: _____		
виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):		
<input type="checkbox"/> інфільтраційною регіонарною анестезією <input type="checkbox"/> внутрішньовеновою анестезією <input type="checkbox"/> загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень <input type="checkbox"/> регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією <input type="checkbox"/> комбінованою анестезією (загальним + регіональним). .		
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 назаво згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг операції може змінитися.		
Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (моє дитину).		
Інформацію довів лікар-анестезіолог		
Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропоновано, та можливі їх наслідки. У		
моєму позиченні		
своєї		
Ко		
пам'яті (законні представники) _____		

Інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику та лікування.	
Я отримав(ла) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі розяснення 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-які погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).	
Я підіймав(ла) з питанням щодо можливості дотримання 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 маю підтвердження, що мені надана інформація про характер захворювання та наслідки відмови від лікування.	
Інформацію надав 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 післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі зауваження хірургічного лікування та про те, що операція буде анонтуватись за показаннями.	
(відносними/абсолютними)	
У процесі обговорення з лікуючим ліком _____ може бути операція в обсязі: _____	
виконання якої планується під знеболенням (необхідні відзначити):	
інфільтраційною регіонарною анестезією внутрішньовеніальною анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та штучного вентиляційного легені 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 знеболювання можуть бути вищезгадані пізніше під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути	
Інформацію надав лікар, який лікує або буде операувати мене (мою дитину)	
Інформацію дозвів лікар-анестезіолог	
Підтверджую, що я маю(ла) можливість запитувати та змінювати наслідки лікування -	
Інформацію надав під час: паспорт (законні представники) _____	

Следует отметить, что в последние годы в ряде стран (США, Франция, Германия) появился ряд новых законов о защите информации.

Я сознайомлюємся(а) з підсумком обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, ерківництво та приватність діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь нетайно покідомнити лікувального лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я) дитини.

Я пінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самодіагностування можуть ускладнити дієвальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

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

ану
інфо
ліка

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер винесеного у мене (у мої діагнози) захворювання, а також потребу лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про **(найдовшість/наявність)** у мене (у часі лічіння) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) повідомлення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись звісною

У процесі обговорення з лідером місії здійснити такий питання:

загальними якій виникнуться під засобами (необхідні та зручні):

інфільтраційною регіонарною анестезією
шнурівкою аnestезію
загальною аnestезією з міобелгсацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/спіціуальною) аnestезією
комбінованою аnestезією (загальною + регіональною). -

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 наляво 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 наляво згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує об'єкт (помісочнота чиєве (місько, підмісько))

Інформацію надійшло з www.vestimost.com.ua

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

Конфідальність зберігається до після смерті (законні представники)

[Підписування зразку охорони здоров'я]

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, ліагностики та лікування.

Я ознайомлені(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі розяснення 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 поінформовані(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, риску прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

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

Я знаю(а) можливість здійснити більш раннє лікування, якщо стан здоров'я дитини поганіше.

Інформація від лікаря

Я підтверджую, що я отримав(ла) відповідні до моїх пожадань інформацію та рекомендації щодо:

1) захворювання, яке потребує лікування;

2) Я отримав(ла) відповідні до моїх пожадань інформацію та рекомендації щодо:

3) супутніх захворювань та можливих наслідків;

4) можливий наслідок моєї (моєї дитини) нездійсненості лікування;

5) можливі наслідки відмови від лікування;

6) У процесі оперативного лікування може бути отриманий додатковий втручання.

застосування якої планується під знеболенням (необхідні відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовеновою 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 яких можуть виникнути непередбачувані обставини. Внаслідок жих 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 операувати мене (мою дитину)

Інформацію дав лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запроцесувати та можливі їх наслідки. можливо, що я не зможу відповісти на питання

своїм відповідям

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

<p>Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради</p> <p style="text-align: right;">[Redacted]</p>		<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: right;">Я</p>
<p>(найменування та кладу охорони здоров'я)</p>		
<p>інформацію про характер моє (мої дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностик та лікування.</p> <p>Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в позему обсяг 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 негативно поїздомляти лікувального лікаря про будь-які погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).</p> <p>Я поінформованний(а), що недотримання рекомендацій лікувального лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольного самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.</p> <p>Мені надано в доступній формі інформацію про фанерний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я можу(ла) можливість задати будь-які питання, які у мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і</p> <p style="text-align: right;">[Redacted] (лікар)</p> <p style="text-align: right;">[Redacted] (найменування лікування)</p> <p style="text-align: right;">0 року</p>		
<p>Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у мої дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.</p> <p>Я отримав(ла) інформацію про _____ (наявність/відсутність) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) повідомлення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ посажаннями.</p> <p>(відповідним/відсутнім)</p> <p>У процесі обговорення з лікувальним лікарем я/ї відмінила висновок, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____</p> <p style="text-align: right;">[Redacted]</p>		
<p>виконання якої планується під знеболенням (необхідні відзначити):</p> <p>інфільтраційно регіонарною шестезією внутрішньовеновою анестезією загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень регіонарною (спинномозковою/епідуральною) шестезією комбінованою шестезією (загальною + регіонарною). -</p> <p style="text-align: right;">[Redacted]</p>		
<p>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 надвою згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг операції може змінитися під час виконання операції. Крім того, я згоду,</p>		
<p>Інформацію надав лікар, який лікує або буде опі鲁шити мене (мою дитину)</p> <p style="text-align: right;">[Redacted] (ім'я лікаря)</p>		
<p>Інформацію довів зірх-анестезіолог</p> <p style="text-align: right;">[Redacted] (ім'я лікаря)</p>		
<p>Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропонувати, та можливі Іх наслідки. У</p> <p style="text-align: right;">[Redacted]</p>		
<p>Свою підпись: _____: пацієнт (законний представник)</p>		

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НАЦІСТА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ДІАГНОСТИКИ ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНІЖЕННЯ

Я, _____

У _____

(записуваним зразкум охорони здоров'я)

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та діагностичного лікування. Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання встановленого лікарем режиму в процесі лікування. Зробив(ла) повідомлення лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформован(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольна 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 в лікуванні.

Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану захворювання і лікування та отримувати(ла) на них відповіді.

Інформація

Я, _____

(зразок)

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 результат операції.
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, чи

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

виконання якого заспокоюючих та анестезійних (рекомендовано відповісти).

- 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 зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких є непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, іншою є надія здійснити операцію в іншій фазі або в іншій обставині.

Інформацію надав лікар, який лікує мене, або буде опі鲁вати мене (мою дитину).

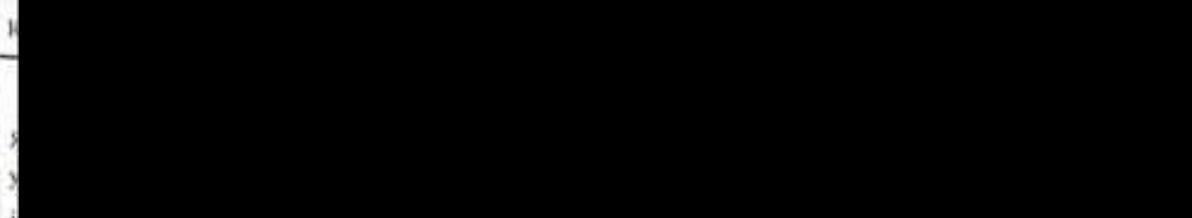
Інформацію ділив лікар-анестезіолог.

Підтверджую, що я мав(ла) можливість відповісти на запропоновано, та можливі інші питання, які мене цікавлять, та мені було надано можливість і час на обміркування.

Своєю

чи

Кому інформовано згоди отримав: пацієнт (законні представники)



Інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленний(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 вигаданого лікарям режиму в процесі лікування. Зобов'ятувую негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому працюючих 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене пікають, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та отримувати відповіді на них відповіді.



**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛІТНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНІБОЛЕНИЯ**

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) _____ (найдавши відповідь)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператійного періоду. Я отримав (ла) пояснення про можливі наслідки хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ (найдавши відповідь) покликаними.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли згоди, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обстежені:

виконання якої планується під засобами анестезії:

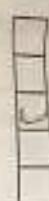
інфільтраційного регіонарною анестезією

внутрішньовенію анестезією

загальною анестезією з мірелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

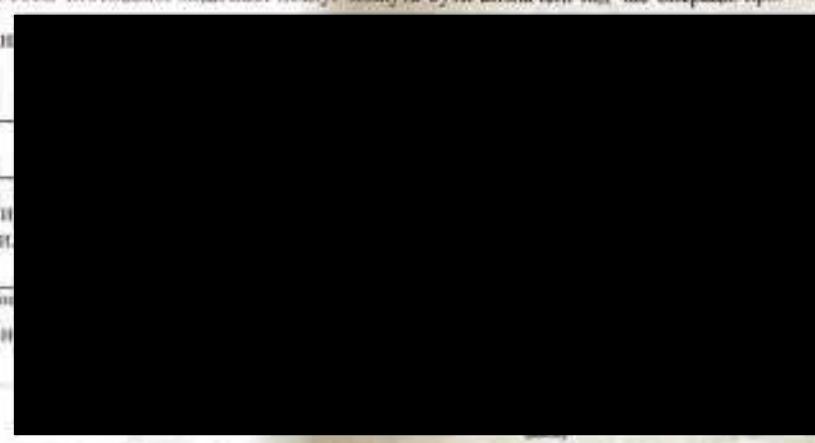


Я усвідомлюю, що операція та зниблення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зниблення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий кінечний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того я розумію, що під час операції може виникнути:

Інформацію надав лікар, який лікує
або буде опікувати мене (моєї дитину)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

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



(запис післяєдні)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

5_4_1

одерг

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (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 зрозумів(а), що необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомити лікуючого лікаря про будь-яке порушення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування є ускладненням лікувальний процес та негативно позначиться на стані здоров'я.

Мені надали 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 та одержав(ла) на них відповідь.

Ін

Я

(дата)

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, але потребую лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

суп

втр

виконання якої планується під зневоленням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовенною анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозговою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. Виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути змінені під час операції. 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 операувати мене (моє дитину)

Інформацію довів
лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропоновано та можливі їх наслідки та обсяг лікування.

Зн

(записуванням заходу оподін здоров'я)

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленій(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 провезення, про необхідність дотримання заповіщеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самочуття. (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 їмопротичний 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.

Інформація

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНІБОЛЕНИЯ

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 на результат хірургічного лікування.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем може бути операція в обсязі

виконання якої планується під зніблоленням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеннюю анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зніблолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зніблолення, 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 потохія в перетинінні крові, на що я надаю згоду.

Інформацію надав лікар, який акумульовано або буде опиравати мене (моє дитину).

Інформацію здійснив лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запитувати у лікаря, чи він має

своє підписання:

(підпись підписаний)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику та лікування.

Я отримав(а) з піаном обстеження і лікування. Отримав(да) 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 пегатно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погрішення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформован(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(а) можливість залучати більше лікарів, які мене піклують, стосовно стану здоров'я, побо-

зах

інф

зах

суп

мої

втр

виконання якої планується під з

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовснною анестезією

загальною анестезією з мірелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

<input checked="" type="checkbox"/>

Я усвідомлюю, що операція та захворюння – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та захворюння, на що я надаю згоду. У виняткових

випадках кінцевий клінічний діагн

и розумію, що під час операції мож

інформацію надає лікар, який лі

або буде оперувати мене (мою дитину).

Інформацію довід лікар-анестезіол

Підтверджую, що я маю(ла)

запропоновано, та можливі їх на

можливість і час на обміркуванн

своїм

інформацію про характер моєго (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 всічайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформован(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 відмова від лікування та обстеження.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання щодо захворювання і лікування та отримувати на них відповіді.

Інформація

ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про можливі наслідки захворювання, які можуть виникнути під час лікування, можливі варіанти хірургічного лікування.

У процесі обговорення з лікуючим лікарем може бути обговорений варіант хірургічного втручання, який може бути операція в обсязі

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовсінною анестезією

загальнюючою анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/спідуруальною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

		<input checked="" type="checkbox"/>

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 нащаю згоду. У минулосічних 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 мене або буде оперувати мене (мою дитину)

Інформацію давів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість запропонувати, та можливість їх наслідків, відмінити або зменшити можливість і час на обміркування

своїх

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

(дата)

(займенування заходу охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (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 його
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 проінформован
недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне само
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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я
захворювання і лікування та отримувати 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
захворювання, яке потребує лікування шляхом залічення хірургічного втручання).

Я отримав(ла) інформацію про _____
супутніх захворювань, які можуть впливати
можливі варіанти хірургічного лікування та пр

У процесі обговорення з лікуючим лі
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
непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду.
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 переведенні крові, то ю. _____

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

ПІд час операції _____

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

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

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

Інформацію

Я,

— надала

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛІЛЬНА 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/ідсутність)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператійного періоду. Я отримав (ла) пояснення можливих варіантів хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ (назва/ідсутність) _____ (назва/ідсутність).

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

Виконання якої планується під зневодженням (невоуде анестезією).

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеннюю анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованого анестезію (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зневодження – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневодження, на що я надвою згоду. У кінцевих клінічних діагнозах та обсязіх медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

Я розумію, що під час операції може бути використаний

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

Інформацію дійів лікар-анестезіолога.

Підтверджую, що я маю(ла) можливість зробити пропозицію, та можливість їх наслідувати, а також можливість і час на обміркування.

Ім'ям

(зазначенням заходу охорони здоров'я)

інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностичні та лікування. Я сознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, товну 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 уного лікаря про будь-яке погрішння самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання мінданай лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть здати 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 дитини та одесховав(ла) на них відповідь.

Інформацію на

с)
ння

В

дитини

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) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я от

тини)

дитини.

за

Я от

тини)

(до

ного

у п

учан

и

знання якої планується під знеболеннем (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спінномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальнюю + 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 непевних випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.

(даю/не даю)

інформацію надав лікар, який
узважає, що або буде спершувати мене
(або дитину)

Інформацію довів
лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
запитувати, або було запитано, та можливіх наслідків
захід охорони здоров'я, а також обговорювати

дату та час виконання операції та знеболення

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, диагностики та дієвого орієнтовану тривалість діагностично-лікувального процесу. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про здійснені випробування, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зебо, якщо відповідно до рекомендацій лікувального лікаря про будь-яке погіршення самопочуття, (стан здоров'я дитини). Я проінформован(а) про недотримання рекомендацій лікувального лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне вживання ліків, можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначатися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про високій перевагах захищеної і пасивної зразків міжнародного стосовно стану 2009 року.

Я маюла можливість засвідчити будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно

Інформація про зміни в розмежуванні території та статусів територій

Digitized by srujanika@gmail.com

¹ See also the discussion of the relationship between the two concepts in the section on "The Concept of Social Capital."

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ
ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілість для мене інформацію про характер викладеного у мені (у місці захоплення) заснову засудження та зміст звітності оперативного агентства.

Я отримав
супутників з
можливістю

У про
итрученіс

виконання яких підлягає:

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовеніальнюю анестезією
- загальнюю анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальну + регіонарну).

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть передбачувати обстивання, внаслідок якого може бути змінено хід операції та зневолення, на що я нащою згоду. У підсумках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути встановлені під час операції та я засвідчує, що під час операції моя

Інформацію надав лікар, який зробив позитивний результат на видачу мозкової сплюнку

Інформація про довід лікар-анестезій

Підтверджую, що я мавла запропоновано, та можливість і час на обміркування

своим III [REDACTED] [REDACTED]

Код за

Н

Я,

У

інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленний(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 вказаного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-які погрешні самочуття (стис 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 Імовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я маю(та) можливість, за залученням лікаря, які мене шківлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання.

Інформація

Я,

С

І

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 ш

Я отримав(ла) інформацію про супутніх захворювань, які можуть впливати на результат операції та можливі варіанти хірургічного лікування та

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

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією

внутрішньовеновою анестезією

загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень

регіонарною (спинномозковою/електральною) анестезією

комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок чого може зникнути злішкінні від операції та знеболення, на що я називу згоду. У виняткових випадках кінцевій клінічний діагн

я розумію, що під час операції може

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог

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

своїм підписом

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

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

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірній 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 інші.

Інформацію надаю лікар

Я, _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГODA NA ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕІННЯ

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) (найменша/задовільна)

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 підлягається під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовеннюю шнестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/спідуральною) 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 заходів можуть бути змінені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог

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

своїм під

Копію ін

пациєнт (законні представники)



Н

ІНН

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленний(а) з підмінами 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. Зроб'ялося нетайно повідомлення лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).

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

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що я засвідчує, що я бачив(а) та зрозумів(а) виконання виконаних мною(ми) заходів (у моєї застосування) захворювання, які потребують лікування та/або операції (у моєї застосування) захворювання, які потребують лікування та/або операції)

супутніх захворювань
можливі вероятні

У процесі обговорювання
може бути операція

виконання якої пішнється під зневоленням (необхідні відзначити):

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

Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини. внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних малничих 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 дріві лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість
засудити захворювання та/або
можливість зневолення

СВ

Н

ІНЯ

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отриман(а) в посаному 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 поінформован(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 доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Л
І
Л

(підпис)

м лікування:

ріску

Я
я
Я
с
м

ни) захворювання,

(у моєї дитини)

вісновна про

услуги/перевідхилення/новознання.

(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
внутрішньовенією 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, наслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виниклих 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 операувати мене (мою дитину).

(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість
зробити відповідні запитання та отримати відповіді.

(мої дитини)
єні були надані
яти П лікарю
до підтвердження

ГУДОВАНИЕ ТРЕТЬЕ ПОДОБНОЕ ТАКОГО?

інформацію про характер моого (моїх дітей) захворювання, особливості його перебігу, лікування та висушення.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі результати діагностичного дослідження та пояснювальну документацію до них. Поважно пам'ятати, що результати діагностичних дослідженням не є підтвердженням певного захворювання, а лише його можливості.

Я поінформував(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, резисту приймаю прогнозних препаратів, безконтрольне самопідсилювання заслугує ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

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

дісумуванні
Гайдуковського

зісуванн Інформа ліквід

100

Інформація, засвоєння та зміна наслідків операції та захворювання

Я підтверджую, що отримав звіт про мое інформацію про характер зникненого у мене (у моїй дитини) захворювання, якщо потребує лікування.

я отримавла) а про супутніх захворю

можливі варіанти

У процесі обговорювання може бути опера

виконання якої підлягається під зневідповідністю (необхідне відзначити):

інші відповіді щодо регіону розташування аностезіопо-

внутрішньовеню дестерж

загальнюю анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією.

ретиногліо (спинномозговою/спінуральним) анестезією

комбинациою шестерію (шальнико + регіонально).

Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено уявлення про операції та зневолення, на що я підношу згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг операції можуть змінитися.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мово цитую)

інформацію надав лікар, який лікує її

Английский язык для абитуриентов

Підтверджую, що я ми(ла) зосвітність в

- 4 -

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.
Я отримав(ла) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі розяснення 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 поганшення самопочуття (стану здоров'я дитини).

Я поінформован(а), що недотримання рекомендаций лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, бесконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про якісний 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

лікар

Я,

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер винайденого у мене (у моїй дитині) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання. _____ у мене (у моїй дитині) Я отримав(ла) інформацію про _____ (відсутність/післядіїв)

спутників захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за показаннями.

(відсутні/абсолютним)
У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що операція буде виконана за показаннями.

Виконання цієї операції під знеболенням (необхідні відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенитною шестезією
- загальною анестезією з мідрексією 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 трапитися непередбачувані обставини, наслідок яких може бути викинення з ліжка, або виникнення іншої поганої ситуації. У виняткових випадках винесений клінічний діагноз та обсяг необхідної операції можуть змінитися.

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

_____ 20 року (підпис лікаря)

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 недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані згоду на операцію і доручено виконати її лікарю що підтверджую

свою

Коюю інформованою згодою отримав(ла) мене (мою дитину)

н,

у

інформацію про характер моого (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 ход та орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'яжусь повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформован(а) про недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне снування, які 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я дитини та захворювання і відповісти на них відповіді.

Інф

справа

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитині) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення операції та/або зневоднення.

Я отримав(ла) інформацію про _____
суспільні захворювання, які можуть впливати на результат операції;
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що

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

виконання якої підлягається під зневодненням (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 зневоднення – це складні медичні імпутації, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневоднення, 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

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропонувати, відхиляти чи засуджувати можливість і час

звіту підписом.

(відмін зацікіті)

Інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та щодо [викинутий текст] захворювання захищено

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про це орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки й проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зробив(ла) повідомлення лікуючого лікаря про будь-які поганшення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформован(а) недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому присвяченних препаратів, безконтрольне які можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про Імовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмова від захворювання і поганшенні самопочуття.

Інформація

Я

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____
супутніх захворювань, які можуть впливати на результат операції
можливі варіанти хірургічного лікування та про

У процесі операції та зневоднення
втручання може бути здійснено

виконання якот

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

Я усвідомлюю, що операція та зневоднення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневоднення, на що я надаю згоду. Випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути змінені під час операції я розумію, що під час операції може виникнути

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

Інформацію дозвів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливіс
запропоновані

своїм підписом

(підпись пацієнта)

Копію інформованої згоди отримала: підпис: Головний лікар-анестезіолог

інформацію про характер моого (може, пізнання) засвоєнням якимось зважуваним міжду відомими зразками.

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. Зробов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-які погрішні самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та несприятливо вплинути на стан здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовільні перебіг захворювання і наслідки у разі вітмови від дієвикання.

Я мав(ла) можливість заліпати буль-кої пастою всі земні висипки стосовно стану здоров'я перебігу захворювання.

Index

ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про супутніх захворювань, які можливі варіанти хірургічного

У процесі обговорення
втручання може бути опра

виконання якого планується під засобами (необхідні відповідні
інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовеннюю анестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозковою/епідуральнюю) анестезією
комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, наслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінець клінічної діагності

Інформацію надав лікар, який

Інформацію надав лікар, який або буде оперувати мене (мовою для

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю запропоновано, та можливі їх можливості і час на обмірювання

CB

K

(записування зазаду охорони здоров'я)

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику та лікування.

Я співробітник(а) з підпоміжним обстеженням і лікуванням. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, етичну 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 поінформован(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самодіакування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно впливати на стан здоров'я.

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

Я маю(ла) можливість захищати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та інформацію від лікуючого лікаря.

Я, _____, (ім'я, прізвище, по батькові)
_____ (дата)
_____ (місце)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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)
сукупніх захворювань, які можуть виникати під час операції та післяоперативного 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 зневоленням (тобто інанізацією):

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовеновою анестезією
загальну анестезією з міокраникою та штучною вентиляцією легень
регіонарною (спинномозково/електральникою) анестезією
комбінованою анестезією (загальну + регіонарну).



Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У окремих 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 потрібна в зневоленні кількість, на що я _____ згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або
було операувати мене (моє дитину)

Інформацію давів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість
запропонування, та можливі їх наслідки. У
можливості зробити згадані обмежування

своїм підписом: _____

(ім'я пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав пацієнт (законний представник): _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕНИЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я, _____, ограждаю(ла) у _____

(найменування місця, в якому відбувається зустріч)

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностику та лікування.

Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в посилку обсязі розяснення про характер, методи, порядок та тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання височинного лікарем режиму в процесі лікування. Зробив(ла) негайно повідомлення лікуючому лікарю про будь-яке погрішення самопочуття (стану здоров'я дитини).

Я поінформованний(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безкомпромітне 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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування.

Інформація лікаря

(ім'я)

лікування

у

(адрес)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

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

(найменуваність)

супутніх захворювань, які можуть виникнути під час операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі наслідки хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за показаннями.

(важливими/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем я, кілька разів, засвідчила, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої плащується під зниблеванням (необхідне відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовеною анестезією
- загальною анестезією з морелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/електруральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіонарною).

Я усвідомлюю, що операція та зниблевання - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зниблевання, на що я піддаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний ліагноз та обсяг операції можуть змінитися.

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

Інформацію дозвів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що я маю(ла) можливість по запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене (у моєї дитини) є можливість використання обміркування

своїм (моїм) підписом

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЕНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержим(ла) у

(найменування) між собою згортані згором'я

інформацію про характер мого (моїх) патогенів, захворювання, особливості його перебігу, діагностичні та лікувальні.

Я ознайомленій(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(а) 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 лікаਰем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самочувства (стану здоров'я антици).

Я поінформував(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому, призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити післяоперативний період та негативно впливатися на стадії злоботяга.

Мені надали в доступний формат інформацію про високий рівень захворюваності та висадки у дітей відмови від лікування.

Я маю можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та пасажирської залізниці.

Інформація налаштівників

— 4 —

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілість для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моїх дитин) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення операційного втручання.

Я отримала(ла) інформацію про _____ у місці (у місці дитячій)
(заняття, відвідування)

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

У процесі обговорення з лікувальним лікарем може бути операція в обсязі:

використання якої спирається під засобами (кофем) та вітамінами.

інфільтраційною регіонарною анестезією
внутрішньовенозною анестезією
загальною анестезією з міорелаксацією та агучкою вентиляцією легень
регіонарною (спинномозговою/епідуральною) анестезією
комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

Я усвідомлюю, що операція та zieболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обстинки, внаслідок яких може бути змінено хід операції та zieболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних посту та можуть бути вищезначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потре

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

Інформацію дозвіл діктантів

Підтверджую, що я мав(ла) можливість постивити запропоновано, та можливі йх наслідки. У мене є можливість:

卷之三

Котою інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НАДІСНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____, одержав(ла) у _____

за's)

інформацію про характер моого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я сознайомлений(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 лікувального лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини).

Я поінформованний(а), що недотримання рекомендацій лікувального 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, _____, надала в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

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

Я, _____, надала 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) 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 післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за

показаннями.

(відносинні/абсолютні)

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

виконання якої планується під зневоленням (необхідне відзначити):

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



Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг лікування можуть бути змінені після операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути

Інформацію надав лікар, який лікує або буде операувати мене (моєї дитину).

Інформацію довів лікар-анестезіолог

Підтверджую, що з ми(ла) можливість наслідків операції та зневолення, які були зазначені вище, були зроблені після обговорення

з лікувальним лікарем та з лікарем-анестезіологом.

Запис виконаний в присутності

законних представників

НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____, одержав(ла) у _____

здоров'я

інформацію про характер моєго (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 поінформованний(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 маю(ла) можливість задавати будь-які питання, від яких мене цікавить, стосовно стану здоров'я, погіршенню захворювання і лікування та

Інформацію лікар _____ (підпис)

Я, _____, одержав(ла) у _____

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

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

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

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператорного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіації _____ операції та післяоператорного періоду, які можуть виникнути за показниками.

(видно смішно або солітним)

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

виконання якої планується під зневоленням (необхідні відзначити):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенісною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/елітуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною).



Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, наслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я надаю згоду. У анестетичних випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути встановлені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може зникнути згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде операувати мене (моєї дитину)

(підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

(підпис лікаря)

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

своїм підпільником

(підпись підпільника)

Копію інформованої згоди отримав: пашент (законний представник)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ХАРАКТЕР МОГО (МОЇХ ДІТІНІХ) ЗАХВОРЮВАННЯ

Інформацію про характер моого (моїх дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомленний(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 підійманий(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 маю(а) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та

Інформацію про
лікар

Я,

(підпис)

зауваження

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНІБОЛЕВАННЯ

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

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

(можливість/відсутність)

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

показниками.

(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
- внутрішньовеннюю анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/спілуральною) анестезією
- комбінованою шестезією (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 під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути

згоду.

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

(підпис лікаря)

Інформацію дозвіл лікар-анестезіолог

(підпис лікаря)

Підтверджую, що я маю(а) можливість
запропоновано, та можливі їх наслідки. У
можливості відмовити від лікування

згоду (мої дитині)
чи буде надано
нати та лікарю
що підтверджую

своїм під

Копію ін

с підсінт (заключені працівники)

<p>Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської лікарської та наукової ради)</p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p>
<p>Народжений [REDACTED] року, паспортний № [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] (найменування закладу охорони здоров'я)</p> <p>інформацію про характер моє (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.</p> <p>Я отримав(ла) 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'яжуєсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погрішення самопочуття (стану здоров'я дитини).</p> <p>Я поінформован(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.</p> <p>Мені надали в доступній формі інформацію про їмовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.</p> <p>Я маю(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та інші.</p> <p>Інформацію про [REDACTED] (підпис)</p> <p>Лікар [REDACTED] (підпис)</p> <p>Лікування [REDACTED] (підпис)</p>	
<p>ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ</p> <p>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 [REDACTED] у мене (у моєї дитини) [REDACTED] (стан/характер захворювання)</p> <p>супутніх захворювань, які можуть вилівати на перебіг операції та післяоперативного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти операції та те, що операція буде виконуватись за [REDACTED] показаннями.</p> <p>У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш потужним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: [REDACTED]</p> <p>виконання якоб плачується під знеболенням (необхідне відзначити):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> інфільтраційною регіонарною анестезією <input type="checkbox"/> внутрішньовенюю анестезією <input type="checkbox"/> загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень <input type="checkbox"/> регіонарною (спинномозковою/елідулярною) анестезією <input type="checkbox"/> комбінованою анестезією (загальною + регіонарною). <p>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 операції можуть змінитися.</p> <p>Інформацію надав лікар, який лікує або буде операувати мене (мою дитину)</p> <p>Інформацію довів лікар-анестезіолог</p> <p>Підтверджую, що я маю(ла) можливість запропонувати, та можливі їх наслідки. У [REDACTED] можливість зробити [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>своїм [REDACTED]</p> <p>Копію інформованої згоди отримав: пашіант (законні представники)</p>	

Изучение языка
и культуры в контексте
образования и воспитания

(найменування закладу охорони здоров'я)

Інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я підіголосував(а) рекомендації лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безкоштовного обслуговування лікарнями, а також зобов'язуюся зробити всі заходи для підтримання здоров'я дитини.

Мені надали 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.

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАШЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілість для мене інформацію про характер захисленого у мене (у моїй дитині) захворювання, яке потребує лікування шляхом застосування оперативного інструменту.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у мої дитини) (батьківщина/насамітті)

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

У процесі обговорення з відомим лікарем може бути операція в обсязі:

виконання якої піднімуться від занеболення (перебігне пітологічно):

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

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непредбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я наздаю згоду. У зважкових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних постуточок можуть бути встановлені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операцій може виникнути

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

Інформацію довів лікар-анестезіолог
Підтверджую, що в май(ла) можливість по-
запропоновано, та можливі їх наслідки. У

crooks min

Кодю інформаційної згоди отримав підсвіт (законний представник)

<p>Департамент охорони здоров'я відомчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)</p>		<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 063-Бю</p>
<p>(Пакетування засліду охороне здоров'я)</p>		
<p>інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.</p> <p>Я спільнотворчий(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в початку обсязі розяснення про характер, мету та орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання висичченого лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-які пограничні самопочуття (стану здоров'я дитини).</p> <p>Я поінформованний(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому прописаних препаратів безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.</p> <p>Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.</p> <p>Я маю заслідовану інформацію про лікування та наслідки захворювання та виконання операції та заліснення, які надали в доступній формі лікар</p> <p>Я,</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>		
<p>ПІФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ</p>		
<p>Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання та потребує лікування цілях заліснення операції та заліснення. Я отримав(ла) інформацію про</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>наступіх захворювань, які можуть виникнути під час хірургічного втручання:</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>у процесі обговорення з лікуючим лікарем</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>може бути операція в обсязі:</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>		
<p>виконання якої виникнеться під захворюванням (необхідне відзначити):</p> <p style="margin-left: 40px;">інфільтраційною регіонарною анестезією</p> <p style="margin-left: 40px;"> внутрішньовенню анестезією</p> <p style="margin-left: 40px;"> загальнюючою анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легенів</p> <p style="margin-left: 40px;"> регіонарною (спинномозковою/спільуральною) анестезією</p> <p style="margin-left: 40px;"> комбінованою анестезією (загальнюючо + регіонарною).</p>		
<p>Я усвідомлюю, що операція та зневолення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути перебільшувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, на що я нащаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, зумію, що під час операції може виникнути</p>		
<p>інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)</p>		
<p>Інформацію дозвіл лікар-анестезіолог</p>		
<p>втвірджую, що я маю(да) можливість по- пропоновано, та можливі їх наслідки. У здінність і час на обмежування</p>		
<p>ІМ</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>		
<p>до інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)</p>		

(найменуванням закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер моєго (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та дієвих лікування.

Я ознайомленний(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки проведення, про необхідність дотримання висначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язую повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. (стан здоров'я дитини). Я проінформовано(а) недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольна можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймоційний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови. Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану моєго захворювання.

Інформація про

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕНИЯ

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

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене ()
(надінність/недінність)
супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяоператійного періоду. Я отримав(ла)
можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватися за _____

У процесі обговорення з лікарським відповідальним
втручання може бути здійснено за _____

виконання якої

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

Я усвідомлюю, що операція та зневолення – це складні медичні втручання, під час виконання яких є непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та зневолення, іншою чином або в іншому порядку. Я усвідомлюю, що в цих випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції та зневолення.

Інформацію надав лікар, який лікує мене або буде опі鲁вати мене (моє дитину)

Інформацію днів лікар-анестезіолог _____

Підтверджую, що я мав(ла) можливість