Приложение

к постановлению

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

15.04.2021 № 36

**Согласие пациента**

**на сложное медицинское вмешательство**

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

фамилия, собственное имя, отчество совершеннолетнего пациента

проинформировал медицинских работников об известных мне:

наследственных и перенесенных заболеваниях;

изменениях в состоянии здоровья;

принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств,

психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных

средств и (или) диагностических исследований;

аллергических реакциях и (или) непереносимости лекарственных средств.

До начала сложного медицинского вмешательства мне даны полные и всесторонние разъяснения лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о:

фамилия, собственное имя, отчество

цели и характере сложного медицинского вмешательства;

прогнозируемых результатах;

возможных рисках для жизни и здоровья пациента, а также наиболее часто встречающихся осложнениях с учетом характера заболевания, состояния, синдромами (или) их течения и индивидуальных особенностей организма пациента (указать): *кровотечение, перфорация, отсроченная перфорация, разрыв слизистой оболочки, ретроградная амнезия, аллергические реакции, в том числе анафилактический шок, тромбоэмболические осложнения, сердечнососудистые нарушения, в том числе стенокардия, инфаркт миокарда, гипертензия, гипотензия, аритмия, обострение сопутствующей хронической патологии*

возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства;

применяемых методах оказания медицинской помощи; квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи;

праве на отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврата первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья.

Даю добровольное согласие на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название медицинского вмешательства

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

Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи с возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского вмешательства.

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

подпись лица, давшего согласие

на медицинское вмешательство

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись лечащего врача