Приложение к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
15.04.2021  № 36

Форма

Согласие пациента
на сложное медицинское вмешательство

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента либо законного представителя, опекуна, супруга (супруги) или одного из близких родственников 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 (если таковое имеется) лечащего врача)

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, синдрома и (или) их течения и индивидуальных особенностей организма пациента (указать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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 возврат к 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)

\* Под близкими родственниками понимаются родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети, в том числе усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабка, совершеннолетние внуки.