
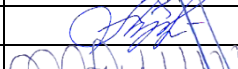
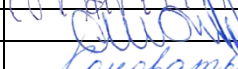
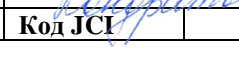



Тип документа	Стандартная форма					Страница 1 из 2
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	M-B2/3-a	Редакция	001	
Название	Информированный добровольный согласие на трансфузию					
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» № 53 от 10 августа 2016 г.					
Разработано	Должность		Ф.И.О.		Подпись	
	Медицинский директор		Аубакиров М.Е.			
Согласовано	Генеральный директор		М.Ф. Ергезер			
	Исполнительный директор		Копцев М.В.			
	Главная медицинская сестра		Кондратьева О.О.			
К внедрению с		Код ISO		Код JCI		

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ТРАНСФУЗИЮ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
« _____ » _____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

В соответствии со ст. 91 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.) я поставлен(-а) в известность, что я (представляемый) прохожу (-ит) стационарное /амбулаторное лечение
(нужное подчеркнуть)

в _____ город _____
(название диализного центра)


1. Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
2. Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.
3. Настоящим, я даю согласие на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

Данное согласие распространяется на (выбрать):

- 1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;
- 2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

(указывается дата планируемого переливания)

4. Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.
5. Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.
6. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
7. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.
8. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Тип	Стандартная форма	Код	ББН-VIII/01	Номер	М-В2/2-а	Редакция	001	Страница 2 из 2	
Название	Информированное добровольное согласие на гемотрансфузию и (или) препаратов донорской крови								

9. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное

(слово «ознакомлен» вписывается пациентом собственноручно)

10. Если я буду не в состоянии принимать решения (при нарушении сознания), решение о проведении переливания при угрозе жизни может быть принято комиссией врачей или законными представителями

(указать, кем может быть принято решение – комиссией или законным представителем с указанием его фамилии и контактов)

Подпись пациента: _____

Подпись и ФИО врача, проинформировавшего пациента _____

11. В случае, если **пациент находится в состоянии**, не позволяющем ему самостоятельно принимать решения о согласии компонентов и (или) препаратов крови, согласие может быть подписано его законным представителем.

Подпись и ФИО законного представителя _____

Подпись и ФИО врача, проинформировавшего законного представителя

10. В случае отсутствия законного представителя решение о переливании компонентов крови и (или) препаратов принимается комиссией врачей в составе не менее 3 человек. Комиссионное решение имеет срок действия не более 1 суток или до появления законного представителя пациента или возможности пациента самостоятельно принимать решение о согласии на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

ФИО, подпись врача комиссии _____

ФИО, подпись врача комиссии _____

ФИО, подпись врача комиссии _____