
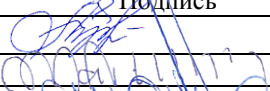
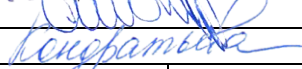


Тип документа	Стандартная форма					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.V.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	М-В2/6-а	Редакция	001	
Название	<b>Информированный добровольный отказ пациента от гемотрансфузии и (или) препаратов донорской крови.</b>					
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.V.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		

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)

Я заявляю о своем отказе от переливания мне донорской крови и применения препаратов крови при любых обстоятельствах, даже в том случае, если мой лечащий врач сочтет это необходимым для сохранения моей жизни и здоровья. Я имею законное право соглашаться или отказываться от проведения мне лечебных мероприятий.

В доступной форме мне разъяснены и я осознаю возможные последствия отказа от переливания мне донорской крови и применения препаратов крови. Я также осознаю, что отказ от переливания донорской крови и применения препаратов крови может привести, в частности, но не ограничиваясь этим, к возникновению длительной слабости, снижению артериального давления, нарушениям в работе сердца и/или смерти.

Я понимаю, что персонал данной ТОО «B.V.NURA» не несет ответственности в случае развития любых негативных последствий в результате моего отказа от переливания мне донорской крови или применения компонентов крови. Мне разъяснено, что, при возникновении необходимости определенного вида медицинского вмешательства, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право оформить повторное информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

1. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)  
\_\_\_\_\_ № удост. личности \_\_\_\_\_ выдан

2. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)  
\_\_\_\_\_ № удост. личности \_\_\_\_\_ выдан

3. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заверителя)  
\_\_\_\_\_ № удост. личности \_\_\_\_\_ выдан

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)