

Құжат түрі	ФОРМА					1 беттің 2-беті
Тағайындалуы	Қазақстан Республикасындағы «В.В.НУРА» ЖШС-ң барлық медициналық орталықтары және бөлімшелері					
Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -В1/4-а	Редакция	001	
Атауы	ПАЦИЕНТТІҢ ТРАНФУЗИЯҒА АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ					
Жобаланған	Сапа менеджері	Райымбекова С.К.				
Келісілген	Операционды -клиникалық қызмет директоры	Кондратьева О.О.				
	Медициналық директор	Аубакиров М.Е.				
	Қызметкерлер менеджері	Ерекешева Г.Н.				
Қол қойылған	Бас директор	Эргезер М.Ф.				
Бекітілген	«В.В.НУРА» ЖШС Бас директорының № 14 27.03.2017 ж. бұйрығымен					
Бастап енгізілсін	01.04.2017 ж.					

ПАЦИЕНТТІҢ ТРАНФУЗИЯҒА АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ

Мен, _____ (азаматтың Т.А.Ә.)

« _____ » _____ жылы туған, келесі мекен-жайда тұратын: _____

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексінің 91 бабына сәйкес (21.04.2016 ж. жағдай бойынша өзгертулермен және толықтырулармен) мен (танысушы) _____ қаласында

_____ стационарлық/амбулаториялық емделуден өтетінім туралы
(диализ орталығының атауы) (қажетін сызыңыз)

хабардар болдым.

- Маған менің еркіме сәйкес менің сырқатымның (көрсетушінің сырқаты) сипаты, ауырлық дәрежесі және мүмкін асқынулар туралы, оған тексерілу нәтижелерін, аурудың болуы, оның диагнозы мен жағдайы, емдеу әдістері, онымен байланысты қауіптер, медициналық араласулардың мүмкін нұсқалары, оның салдары және өткізілген емдеудің нәтижесі туралы деректерді қоса алғанда толық және жан-жақты мәліметтер берілді;
- Маған менің ұсынылып отырған медициналық араласудан бас тартуымның мүмкін салдары (көрсетушінің бас тартуы) толық мен үшін түсінікті түрде түсіндірілді. Мен медициналық араласудан (емдеу) бас тарту менің денсаулық жағдайыма (көрсетушінің денсаулығына) теріс әсер етуі мүмкін екенін және тіпті жайсыз аяқталуға әкеліп соқтыруы мүмкін екенін ұғынамын.
- Осымен, мен қан компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін.

Бұл келісім қолданылады (таңдау қажет):


- 1) ауруханада жатқызу кезеңі ішінде қан компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайына;
- 2) күн ішінде қан компоненттерін және (немесе) препараттарын құю

(жоспарланған қан құю күні көрсетіледі)

4. Мен қауіп-қатер факторлары туралы ескерту алдым және операция жүргізу қан жоғалту қаупімен, инфекциялық асқынулар мүмкіндігімен, жүрек-қан тамырлары және басқа тіршілік ететін ағзалар тарапынан ауытқушылар, денсаулыққа байқаусыз залал келтіру және тіпті жайсыз аяқталумен түйіндес екенін түсінемін.
5. Мен кей жағдайларда оның ішінде мүмкін операциядан кейінгі асқынулармен немесе сырқаттың жүру ерекшелігімен байланысты қайталап операциялар жасау қажет болуы мүмкін екенімен ескерту алдым және оған өз келісімімді беремін.
6. Мен денсаулықпен байланысты барлық мәселелер туралы, оның ішінде аллергиялық көрінулер немесе жеке дәрілік препараттарды көтере алмаушылық туралы, менің барлық маған (көрінушіге) белгілі жарақаттарым, операциялар, аурулар, соның ішінде АТВ-инфекциясын жұқтырушы, вирусты гепатит, туберкулез, жыныс жолары арқылы берілетін инфекциялар туралы, тіршілік әрекеті уақытында маған әсер ететін физикалық, химиялық немесе биологиялық табиғаттың экологиялық және өндірістік факторлары туралы, қабылдаған дәрілік препараттар, ертеректе жүргізілген қан және оның компоненттерін құю туралы дәрігерді хабардар еттім. Мен тұқымқуалаушылық, сондай-ақ ішімдікке салыну, есірткілік және уытты заттарды (құралдар) қолдану туралы шын мәліметтерді хабарладым.

Бірінші редакциялау күні 30.12.2016г.

соңғы редакция 20.03.2017 г. Кондратьева О.О.

Типі	ФОРМА	Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -В1/4-а-001	Редакция	001	2 беттің 2-беті	
Атауы	ПАЦИЕНТТИҢ ТРАНФУЗИЯҒА АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ								

7. Мен операция кезінде қан жоғалтуым мүмкін екенін білемін және донорлық немесе ауто (өзінің) қанын және оның компоненттерін құюға келісім беремін.

8. Маған қауіп дәрежесі және оперативті араласудың, соның ішінде донорлық немесе ауто (өзінің) қанын және оның компоненттерін құюдың пайдасы туралы сұрақтар қою мүмкіндігі берілді және дәрігер маған түсінікті толық қамтылған жауаптар берді.

9. Мен барлық жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді өз қолыммен растаймын

(«таныстым» сөзі пациенттің өз қолымен жазылады)

10. Егер мен шешім қабылдау жағдайында (ес-түсімнен айырылған кезде) болмасам, өміріме қауіп төнген кезде қан құюды жүргізу туралы шешім дәрігерлер комиссиясымен немесе заңды өкілмен қабылдана алады.

(шешім кіммен қабылданатынын көрсету – комиссиямен немесе заңды өкілмен, оның аты-жөнін және байланыс телефондарын көрсету)

Пациенттің қолы: _____

Пациентке ақпарат берген дәрігердің қолы және Т.А.Ә _____

11. Егер **пациент** қан компоненттері және (немесе) препараттарына келісім беру туралы өздігінен шешім қабылдауға мүмкіндік **бермейтін жағдайда болған** кезде келісімге оның заңды өкілі қол қоя алады.

Заңды өкілдің қолы және Т.А.Ә _____

Заңды өкілге ақпарат берген дәрігердің қолы және Т.А.Ә _____

10. Заңды тұлға болмаған жағдайда қан компоненттері және (немесе) препараттарына келісім беру туралы шешім 3 адамнан кем емес құрамдағы дәрігерлер комиссиясымен қабылданады. Комиссиялық шешім 1 тәуліктен артық емес немесе пациенттің заңды өкілі пайда болғанға дейін немесе пациенттің қан компоненттері және (немесе) препараттарына келісім беру туралы өз бетінше шешім қабылдау мүмкіндігі болғанға дейін әрекет етеді.

Комиссия дәрігерінің Т.А.Ә, қолы _____

Комиссия дәрігерінің Т.А.Ә, қолы _____

Комиссия дәрігерінің Т.А.Ә, қолы _____