


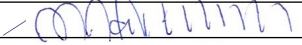


Тип документа	ФОРМА					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД -В1/7-а	Редакция	001	
Название	ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ГЕМОТРАНСФУЗИИ И (ИЛИ) ПРЕПАРАТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ					
Разработано	Менеджер по качеству		Райымбекова С.			
Согласовано	Директор по операционно-клинической деятельности		Кондратьева О.О.			
	Медицинский директор		Аубакиров М.Е.			
	Менеджер по персоналу		Ерекешева Г.Н.			
Подписано	Генеральный директор		Эргезер М.Ф.			
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» №14 от «27» Марта 2017 г.					
К внедрению с	01.04.2017 г.					

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ГЕМОТРАНСФУЗИИ И (ИЛИ) ПРЕПАРАТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ.

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.B.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)