

Құжат түрі	ФОРМА				1 беттің 1-беті
Тағайындалуы	Қазақстан Республикасындағы «B.V.NURA» ЖШС-ң барлық медициналық орталықтары және бөлімшелері				
Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -B1/7-а	Редакция	
Атауы	ТРАНФУЗИЯҒА (НЕМЕСЕ) ҚАН ДОНОРЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ЕРІКТІ ПАЦИЕНТ БАС ТARTУ ТУРАЛЫ ХАБАРДАР ЕТТІ.				
Жобаланған	Сапа менеджері	Райымбекова С.К.			
Келісілкен	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	«B.V.NURA» ЖШС Бас директорының № 14 27.03.2017 ж. бұйрығымен				
Бастап енгізілсін	01.04.2017 ж.				

ТРАНФУЗИЯҒА (НЕМЕСЕ) ҚАН ДОНОРЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ЕРІКТІ ПАЦИЕНТ БАС ТARTУ ТУРАЛЫ ХАБАРДАР ЕТТІ.

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.

Мен маған донорлық қан құюдан және кез келген жағдайда, тіпті егер менің емдеуші дәрігерім менің өмірім мен денсаулығымды сақтап қалу үшін қажет деп санаған жағдайда да қан препараттарын қолданудан бас тартатынымды мәлімдеймін.

Маған түсінікті түрде түсіндірілді және мен маған донорлық қан құюдан және қан препараттарын қолданудан бас тартудың мүмкін салдарын ұғынамын. Мен сондай-ақ донорлық қан құюдан және қан препараттарын қолданудан бас тартудың көбінесе, бірақ бұлармен шектелмей, ұзаққа созылған әлсіздіктің пайда болуына, артериальды қысымның төмендеуіне, жүрек жұмысының бұзылуына және /немесе өлімге әкелуі мүмкін екенін ұғынамын.

Мен «B.V.NURA» ЖШС-ң қызметкерлері менің донорлық қан құюдан және қан құрамдастарын қолданудан бас тартуым нәтижесінде кез келген жағымсыз салдардың туындауы жағдайында жауапты болмайтынын түсінемін. Маған медициналық араласудың белгілі бір түрі қажет болған кезде осы бас тарту ресімделгенге қатысты, мен осындай медициналық араласу түріне қайталап ақпараттанған ерікті келісімді ресімдеуге құқығым бар екені түсіндірілді.

1. _____ (қолы) _____ (Пациенттің Т.А.Ә.)

_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді

2. _____ (қолы) _____ (медициналық көмек көрсетуге қатысушы емдеуші дәрігердің не болмаса басқа медициналық қызметкердің Т.А.Ә.)

_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді

3. _____ (қолы) _____ (Танысушының Т.А.Ә.)

_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді

« _____ » _____ Ж.
(ресімдеу күні)