Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, **Иванова Мария Ивановна**
Дата рождения _____
проживающий (ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании) в отделении АО "ДАНАЯ"
(название медицинской организации)
Добровольно даю свое согласие на проведение мне операции:
Рассечение девственной плевы (хирургическая дефлорация) 1 категория сложности с анестезией
(название медицинского вмешательства)
и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.
- 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.
- 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.
- 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.
- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.
- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
- 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.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на:

Рассечение девственной плевы (хирургическая дефлорация) 1 категория сложности с анестезией

Дата _____ 202_ г.

Подпись/ФИО пациента:_____/_____/

Расписался в моем присутствии:

Подпись/ФИО врача:_____/_____/

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства местную анестезию.

Я, **Иванова Мирия Ивановна**
Дата рождения _____
Соглашаюсь с указанного в данном документе видом медицинского вмешательства с применением местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Я согласен(на), что анестезия будет проводиться с применением лекарственного препарата: _____

Мне даны разъяснения лечащим врачом о: механизме действия лекарственного препарата, о его побочных эффектах, возможных осложнениях, о противопоказаниях для применения данного препарата.
Мне разъяснено, что при применении анестезии возможны осложнения и нежелательные реакции: аллергические реакции организма на применяемые препараты; анафилактический шок; обморок; коллапс; шок; учащенное сердцебиение; остановка дыхания; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями; пост инъекционная гематома.
Я проинформирован(а) и понимаю, что обезболивание может быть затруднено (может быть не достигнуто) при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; после употребления алкогольных или наркотических препаратов; после применения анальгезирующих препаратов.
Я проинформирован(а) о противопоказаниях к применению данного препарата: наличие в анамнезе аллергических реакций на анестетики; беременность, период лактации. Мне известно, что альтернативным вариантом является неприменение местной анестезии.
Настоящим подтверждаю, что я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моим/представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого) сопутствующих и перенесенных заболеваний. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.
Я поставлен в известность о препаратах той же фармакологической группы и сходных лекарственных препаратах.
С применением лекарственного препарата согласен(на). Отсутствие противопоказаний для его применения подтверждаю. Аллергию на данный препарат, препараты той же фармакологической группы исходные лекарственные препараты отрицаю. Индивидуальные реакции на данный препарат, препараты той же фармакологической группы исходные лекарственные препараты отрицаю. Я сообщил врачу полную и достоверную информацию о принимаемых мной (представляемым) в настоящее время лекарственных препаратах. Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Подпись/ФИО пациента: _____ / _____

Подпись/ФИО врача: _____ / _____

Дата 23.07 2026 г.