****

**Информированное добровольное согласие на хирургическую стерилизацию**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,*    Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент) |

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получила от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других медицинских организациях Свердловской области.
2. В соответствии с заявлением на проведение мне добровольной хирургической стерилизации, добровольно даю свое согласие на проведении мне операции добровольной хирургической стерилизации (ДХС) методом: «Пересечения (перевязки) маточных труб»

при проведении операции «Кесарево сечение» или при мини-лапаротомии, лапароскопии

(нужное подчеркнуть)

1. Лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мне разъяснено, что хирургическая стерилизация является необратимой и восстановить детородную функцию после ее применения невозможно. Мне разъяснены основные этапы этой операции, понятен смысл и доведена полная информация об альтернативных методах контрацепции. Решение о добровольной хирургической стерилизации принято мной после тщательного обдумывания и добровольного желания в будущем не иметь детей.
2. Я проинформирована о том, что стерилизация не окажет влияние на мое здоровье и половую функцию. Мне также разъяснено, что хирургическая стерилизация имеет минимальные риски наступления беременности (1-5%).
3. Мне разъяснено, что хирургическая стерилизация, как оперативное вмешательство может иметь осложнения, которые могут наступить в ранние и поздние сроки. Ранние осложнения могут возникнуть в результате кровотечения, повреждения кишечника, развития послеоперационной инфекции. Поздние осложнения – наступление внематочной беременности. Мне разъяснено, что половую жизнь можно вести после заживления операционной раны через 2-4 недели.
4. До меня доведена информация об альтернативных методах контрацепции (гормональная, внутриматочная, барьерные методы) и я не имею по этому поводу вопросов. Лечащий врач разъяснил мне, что в редких случаях, несмотря на выполненную операцию ДХС, детородная функция может восстановиться.
5. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
6. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.
7. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение добровольной хирургической стерилизации в предложенном объеме, за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. О состоянии моего здоровья разрешаю сообщать:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Законный представитель несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  | Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |