****

**Информированное добровольное согласие на** **досрочное родоразрешение по медицинским показаниям**

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 договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные 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 и даю при этом свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в Медицинском центре и готова их оплатить.
2. Я подтверждаю, что я информирована о наличии у меня тяжёлой патологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

патологических отклонениях у моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, о необходимости досрочного родоразрешения в данном сроке гестации (\_\_\_\_\_\_\_недель).

1. Я подтверждаю, что ознакомлена с тактикой ведения родов. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход родоразрешения.
2. Мне разъяснено, что я могу свободно двигаться и менять позиции во время схваток.
3. 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 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. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
4. Мне разъяснено, и я осознаю, что во время родоразрешения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна на то, что ход тактики ведения родов может быть изменен врачами по их усмотрению. Я предупреждена о факторах риска.
5. Я добровольно **даю свое согласие** на досрочное родоразрешение по медицинским показаниям, в том числе:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | **Подпись пациента** |
| Применение анестезии (лекарственного обезболивания), анальгезии |  |
| При необходимости проведение вскрытия околоплодного пузыря (по согласованию с врачом) |  |
| При необходимости проведение окончания родов операцией вакуум-экстракции плода |  |
| При необходимости проведение окончания родов операцией наложения акушерских щипцов |  |
| Оказание пособия при дистоции плечиков плода |  |
| Оказание пособия при неправильном членорасположении плода |  |
| Давление на дно матки рукой при определенных врачом показаниях |  |
| Ручное обследование полости матки по показаниям (кровотечение, остатки плацентарной ткани, самостоятельные роды при рубце на матке) |  |
| Баллонную тампонаду матки при кровотечении |  |
| Клеммирование параметриев при кровотечении |  |
| Выкладывание ребенка после родов на живот матери |  |
| Пересечение пуповины после окончания пульсации (не позднее трех минут после родов) |  |
| Применение медицинских манипуляций для выхода последа |  |
| Прикладывание ребенкак груди матери в родовом зале |  |
| Обработку глаз и половых органов новорожденного антибактериальными средствами |  |
| Взятие крови ребенка для проведения анализов |  |
| При необходимости проведение разреза промежности |  |
| Осмотр родовых путей после родов, при необходимости восстановление их целостности |  |
| Гистологическое исследование плаценты |  |

Допуск на роды партнера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вписать кого)

(Ф.И.О)

**При несогласии с пунктами, приведенными выше, оформляется информированный отказ.**

1. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о тактике ведения родов, 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 досрочное родоразрешение по медицинским показаниям.
2. 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) |  |  |