

**ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ) <\*>**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в \_\_\_\_\_ отделении

уполномочиваю выполнить мне манипуляцию, процедуру (нужное вписать)

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на операцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

**Я согласен(на)** на указанную манипуляцию, процедуру. \_\_\_\_\_

(подпись пациента, либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа,  
подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

**Я не согласен(на)** на указанную манипуляцию, процедуру \_\_\_\_\_

(подпись пациента, либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа,  
подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

(подписи лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, фамилии, имена, отчества, дата)

<\*> ПЕРЕЧЕНЬ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
(ПРОЦЕДУР, МАНИПУЛЯЦИЙ), ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО  
ПИСЬМЕННОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

1. Установка катетера в периферические и центральные сосуды, инфузионная терапия.
2. Различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости, лапароцентез и т.д.).
3. Лучевые методы диагностики с использованием рентген - контрастных веществ.
4. Диагностическое выскабливание матки и гистероскопия.
5. Все виды электрокоагуляций.
6. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей.
7. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопии с катетеризацией мочеточников) с возможной лечебно-диагностической биопсией.
8. Операционная и пункционная биопсия.
9. Плазмаферез.