

ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_  
проинформирован о том, что мне необходимо выполнить оперативное вмешательство: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

под эндотрахеальным / в/в наркозом / (местной анестезией).

1. Я поставлен(а) в известность, что цель этой операции - получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии. Мне разъяснены основные этапы операции, я понял, в чем ее смысл и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также о болезнях и операциях, перенесенных раньше.

2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата кроме операции потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что операция проводится на пораженных заболеванием тканях и органах моего организма, способность которых к выздоровлению понижена. Мне известно, что 100% гарантий хороших результатов как операции, так от лечения в целом дано быть не может.

3. Я осознаю, что любое оперативное вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время операции или после нее могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения (нагноение раны, не сращение, тромбоэмболия и другие). При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительная операция, могут удлиниться сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.

4. До моего сведения доведено, что планируемая операция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от операции приведут к стойким и, возможно, неустранимым нарушениям функций поврежденных органов, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни. Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении оперативного вмешательства и обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

5. Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента.

Я согласен (на) на предложенное мне оперативное лечение \_\_\_\_\_

подпись, дата.

Лечащий врач

\_\_\_\_\_

подпись, дата.