

# СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ИЛИ ДРУГУЮ ИНВАЗИВНУЮ ПРОЦЕДУРУ CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (RUSSIAN)

1. ПРОЦЕДУРА: Я, \_\_\_\_\_ [ФИО пациентки], даю согласие на следующую процедуру (процедуры):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [Описание процедур(ы)].

Мой врач обсудил со мной процедуру, и я понимаю ее содержание, включая то, что мне могут быть введены анестезирующие, седативные препараты или оба вида препаратов. Я понимаю свои права и обязанности, касающиеся принятия решений о своем медицинском обслуживании. Мне могли быть предоставлены дополнительные просветительские материалы. Я принимаю решение добровольно и свободно.

2. **РИСКИ:** Мой лечащий врач рассказал мне о конкретных рисках, связанных с этой процедурой. При возникновении таких рисков для лечения могут потребоваться дополнительные процедуры. Я понимаю, что обычные факторы риска, связанные с любой процедурой, включают в том числе: инсульт, отказы устройств, инфекции, повреждение нервов, кровяные тромбы, инфаркт, аллергические реакции, остановку дыхания, почечную недостаточность, кровотечение и большую потерю крови. Эти осложнения могут быть серьезными и, возможно, летальными. Я понимаю и добровольно беру на себя эти риски. Риски и побочные эффекты, связанные с анестезирующими и седативными препаратами, будут обсуждены со мной до начала процедуры. Мне могут предложить подписать отдельную форму согласия на применение анестезирующих или седативных препаратов до начала процедуры.
3. **АЛЬТЕРНАТИВЫ:** Мой лечащий врач объяснил мне разумные альтернативы этой процедуре. Он или она обсудил(а) со мной риски и преимущества отказа от процедуры. Обладая этой информацией, я принимаю решение пройти процедуру(ы), описанную(ые) в этой форме.
4. **ПОЛЬЗА:** Мой лечащий врач обсудил со мной возможную пользу, связанную с этой процедурой. Я понимаю отсутствие определенности в том, что я получу эту пользу. Мне не было предоставлено каких-либо гарантий в отношении результатов этой процедуры.

5. **ГРУППА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:** Я уполномочиваю своего лечащего врача \_\_\_\_\_ [ФИО врача] выполнить эту процедуру. Я соглашусь с тем, что ему или ей будет оказывать помощь группа обслуживания, в которую могут входить: анестезиологи, медсестры, техники, специалисты по медицинскому оборудованию и бригада хирургов. В эту группу могут входить другие лечащие хирурги, ординаторы, клинические ординаторы, студенты-медики или другие смежные медицинские работники. Я разрешаю таким сотрудникам или помощникам выполнять части операции или процедуры под руководством врача, указанного выше.

6. **ПРИСУТВИЕ В ОПЕРАЦИОННОЙ:** Мой лечащий врач или другой квалифицированный медицинский работник, назначенный моим лечащим врачом, будет присутствовать в течение значительной части хирургической или инвазивной процедуры, включая ее ключевые и важнейшие части, а по окончании таких частей операции или процедуры он(а) может покинуть операционную. Я понимаю, что если лечащий врач, указанный выше, покинет операционную, в которой проводится моя операция, то он(а) или другой имеющий соответствующую квалификацию медицинский работник будет находиться в постоянной готовности для того, чтобы при необходимости оказать помощь или проконтролировать выполнение моей процедуры.

7. **НАБЛЮДАТЕЛИ:** Мой лечащий врач может допустить наблюдателей во время моей процедуры. Они не входят в группу медицинского обслуживания и не будут принимать участие в предоставлении ухода.

8. **ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ:** Я обсудила с моим лечащим врачом возможность переливания крови, связанную с указанной ниже процедурой, а также свои предпочтения в отношении переливания крови, даже в угрожающих жизни ситуациях.

**Лечащий врач:** Отметьте соответствующий вариант ниже. Отмеченные здесь варианты НЕ являются свидетельством согласия или отказа; они представляют собой основу для надлежащего документального оформления этих решений. Чтобы ответить согласием или отказом в отношении переливания крови, заполните соответствующий отдельный документ.

Ожидается, что для данной процедуры необходимости в переливании крови нет. Обследование перед переливанием крови (определение группы крови и ее совместимости с донорской кровью) не проводится. Никаких дополнительных форм не требуется.

Может возникнуть показание к переливанию крови. Обследование перед переливанием крови (определение группы крови и ее совместимости с донорской кровью) ожидается. Для документального оформления согласия на переливание крови используйте форму № 397073- «Информированное согласие на переливание крови».\*\*

Пациентка НЕ согласна на переливание крови, даже в угрожающих жизни ситуациях. Для документального оформления отказа от переливания крови следуйте соответствующему клиническому стандарту: «Бескровная программа: Совершеннолетние» (Bloodless Program: Adult) или «Бескровная программа: Новорожденные, дети и совершеннолетние иждивенцы» (Bloodless Program: Neonatal, Pediatric, and Adult Dependent).\*\*

9. **ПАТОЛОГИЯ:** Я соглашусь с тем, что любые образцы, например образцы тканей, крови, биологических жидкостей и т. д., будут изучены, утилизированы или сохранены для будущих медицинских исследований или изучения. Все исследования, включающие образцы, будут рассматриваться соответствующим экспертным советом. Я понимаю, что мои ткани или иные эксплантационные материалы не будут мне возвращены. Запросы в отношении исключений будут рассматриваться в индивидуальном порядке.

10. **ЗАПИСЬ ВИДЕО- или ФОТОМАТЕРИАЛОВ:** Я понимаю, что записи видео- или фотоматериалов, выполненные во время моего лечения и(или) диагностики, могут быть полезны для клинических просветительских либо профессиональных публикаций. В случае такого использования я понимаю, что мои записи будут изменены таким образом, чтобы нельзя было установить мою личность (такие записи называются «деидентифицированными»). Записи видео- или фотоматериалов будут использоваться для каких-либо других целей только с моего разрешения.

\_\_\_\_\_  
(Инициалы пациентки) Я НЕ разрешаю использовать мои деидентифицированные записи видео- или фотоматериалов для клинических образовательных или профессиональных публикаций.

Я получила удовлетворительные ответы на все свои вопросы, касающиеся этой процедуры. Своей подписью ниже я подтверждаю свое согласие на эту процедуру.

Подпись (Пациентка или официальный представитель) \_\_\_\_\_ ФИО печатными буквами \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_ ВРЕМЯ \_\_\_\_\_

Степень родства (если подписано не пациенткой) \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА:

Я объяснил(а) содержание этого документа пациентке или законному представителю и ответил(а) на все вопросы пациентки, и, насколько мне известно, эта пациентка была адекватно информирована и изъявила своё согласие.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_ ФИО печатными буквами \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_ ВРЕМЯ \_\_\_\_\_

Да — в ходе этого процесса использовались услуги устного переводчика.

## Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

## Day of Procedure

\*\*Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

## Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

PATIENT LABEL



SWEDISH

SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-RUSSIAN Rev. 07/2018

СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ИЛИ ДРУГУЮ ИНВАЗИВНУЮ ПРОЦЕДУРУ