|  |  |
| --- | --- |
| ГБУЗ ПО “Псковский перинатальный центр» | |
|  | Утверждено приказом Минздрава России от 25.11.2002. №363 |

Согласие пациента на операцию трансфузии (переливания)

**донорской крови и (или) ее компонентов**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получила разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены

лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и

особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития

которых я согласна на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я

извещена о вероятном течении заболевания при отказе от операции

переливания донорской крови и (или) ее компонентов.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы

касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них

удовлетворительные ответы.

Я получила информацию об альтернативных методах лечения, а также об

их примерной стоимости.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись врача).

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент **согласился**  с предложенным планом лечения, в чем расписался

собственноручно \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента),

или расписался за него законный представитель(согласно [пункту 1.7](#sub_1117). "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной [приказом](#sub_0) Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись

врача), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись свидетеля).

Пациент **не согласился (отказался)** от предложенного лечения, в чем

расписался собственноручно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента),

или расписался за него законный представитель (согласно [пункту 1.7](#sub_1117). "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной [приказом](#sub_0) Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_\_\_\_(подпись

врача), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись свидетеля).