

ООО «Анапский медицинский диагностический центр»

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ**

Я _____ получил 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 согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Я получил 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 _____, или расписался (согласно пункту 1.7 Инструкции по применению компонентов крови, (подпись пациента) утвержденной Приказом 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 _____ или расписался (согласно пункту 1.7 Инструкции по применению компонентов крови, (подпись пациента), утвержденной Приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) _____, (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____, _____.
(подпись врача) (подпись свидетеля)