

ქართული სახელმწიფო ბავშვთა ჯანდაცვის ცენტრი



**პაციენტის წერილობითი
ინფორმირებული თანხმობა
სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე
Письменное информированное
согласие пациента
на предоставление медицинских услуг**

**Письменное информированное согласие пациента
на предоставление медицинских услуг**

Я, ----- (ФИО пациента),

ID пациента: -----, Номер дела: ----- Тел: -----

Я получил информацию о предоставлении медицинских услуг. Лечащий врач предоставил мне следующую информацию:

1. О природе и необходимости медицинской услуги:

Я проинформирован о своем заболевании и объективном состоянии. Я получил подробную информацию о природе, типе, объеме, целесообразности и необходимости вмешательства, включая панкреатит и системные и локальные осложнения (энцефалопатия, пневмония, экссудативный плеврит, миокардит, недостаточность печени и почек, острое дыхательное нарушение, сахарный диабет, псевдокиста, абсцесс, флегмона, панкреонекроз).

1

2. О ожидаемых результатах медицинской услуги:

Я понимаю, что при любом вмешательстве гарантировать или обещать полное выздоровление невозможно. Тем не менее, я уверен, что предложенное лечение является лучшим и оптимальным выбором для моего выздоровления.

3. О рисках, связанных с этой услугой для здоровья и жизни пациента:

Я признаю, что в процессе лечения и после него могут развиваться различные специфические и общие неспецифические осложнения. Я также понимаю, что запланированный тип и объем лечения могут измениться в процессе лечения в зависимости от конкретных ситуаций, и что могут стать необходимыми различные интервенционные, инвазивные, диагностические и терапевтические процедуры, на которые я заранее даю свое согласие. В случае сокрытия фактов (вредные привычки, аллергии, сопутствующие заболевания),



которые могут повлиять на лечение и его результаты, медицинский персонал освобождается от ответственности.

4. О предполагаемой медицинской услуге, других альтернативных вариантах, связанных с ними рисках и возможной эффективности:

Мы обсудили другие альтернативные методы лечения, ожидаемые результаты, риски и возможность осложнений. Тем не менее, я выражаю свое согласие на продолжение предложенного лечения.

5. О ожидаемых результатах отказа от медицинских услуг:

В случае отказа от лечения течение заболевания может ухудшиться или привести к инвалидности или летальному исходу.

6. О финансовых и социальных вопросах:

Я разрешаю врачу публиковать информацию о проведенном лечении в научных целях, сопровождаемую иллюстрациями и описательным текстом, который исключает мою идентификацию. Финансовые вопросы согласованы с ответственным лицом.

2

У меня было время обсудить с врачом, который ответил на все интересующие меня вопросы.

Пациент получил ответы на все другие интересующие вопросы.

Доктор: ----- Подпись -----

Я согласен на консервативное лечение.

Пациент: ----- Подпись -----

Подпись родственника пациента, законного представителя пациента -----

(Имя, Фамилия) (если пациент не может общаться) -----

