

Форма інформованої згоди  
**ДО УВАГИ ПАЦІЄНТА!**

**Уважно прочитайте і вивчіть документ.  
Керуйтеся основними його положеннями в своїх інтересах.  
З'ясуйте з медичними працівниками незрозумілі для Вас питання.  
Ви можете внести в текст зміни і поправки на свій розсуд.**

**ЗАЯВА**

---

(кому: назва медичного закладу і його адреса)

про згоду на комплекс медичних обстежень та виконання рекомендацій лікаря під час моєї вагітності (далі Згода).

1. Будь-ласка, напишіть нижче Ваші П.І.Б.

**Я,** \_\_\_\_\_

2. Будь-ласка, підпишіться \_\_\_\_\_

3. Напишіть нижче поштову адресу Вашого фактичного місця проживання і Ваші контактні телефони \_\_\_\_\_

---

У відповідь на отриману інформацію від свого лікуючого лікаря про перебіг моєї вагітності, про важливість виконання мною всіх рекомендацій медичних працівників про відповідальність за здоров'я моєї майбутньої дитини, а також запропонованих лікарем шляхів вирішення моїх медичних проблем, заповненням цієї форми, завіреної моїм підписом, **даю офіційну згоду:**

- систематично відвідувати лікаря у призначений мені день і годину (в разі неможливості візиту до лікаря зобов'язуюсь повідомити його у телефонному режимі чи в іншій формі);
- вчасно проходити всі запропоновані мені методи обстеження (лабораторні, фізикальні, УЗД);
- при необхідності бути оглянутою іншими фахівцями (при наявності показів);
- при необхідності пройти медико-генетичне консультування та провести обстеження на спадкову патологію та вади розвитку плоду (лабораторні, фізикальні, інвазивні);
- при необхідності бути скерованою на вищий рівень надання медичної допомоги;
- при необхідності пройти курс лікування амбулаторно чи в стаціонарних умовах.

**Я підтверджую**, що для прийняття рішення про Згоду, я достатньо інформована в доступній для мене формі:

- про мету, метод і терміни запропонованих мені обстежень і втручань;
- про прогнозовану для мене перевагу медичних втручань;
- про ризик можливих ускладнень медичних втручань, а також можливих негативних наслідків лікування;
- про професійну кваліфікацію медичного персоналу.

**Я підтверджую**, що для прийняття рішень про Згоду я достатньо інформована і про інші альтернативні способи вирішення моїх медичних проблем, а також про лікувальні заклади, де вони виконуються (державні і приватні заклади).

**Я підтверджую**, що для прийняття остаточного рішення про згоду, я мала достатньо можливостей для незалежного пошуку та отримання необхідної інформації, а також її аналізу та порівняння.

**Я підтверджую**, що можлива шкода від медичних втручань для мене менш значуща, ніж обставини, які спонукали мене погодитися на них, і тому я **ДОБРОВОЛЬНО І СВІДОМО** даю свою згоду на застосування по відношенню до мене запропонованого комплексу медичних втручань, а також інших медичних втручань, які будуть доповнювати і забезпечувати адекватний лікувальний процес.

Тим не менше, нижче я вказую медичні втручання, від яких я відмовляюся за будь-яких обставин, крім випадків безпосередньої загрози для мого життя та життя моєї дитини або повторного узгодження зі мною: \_\_\_\_\_

**Я знаю**, що не існує абсолютно безпечних медичних втручань і будь-який медичний вплив на людину викликає відповідні реакції його організму, які іноді можуть бути атиповими не передбачуваними. І я розумію, що медичні фахівці проведуть всі можливі заходи для попередження загрози моєму життю і спричинення шкоди моєму здоров'ю і здоров'ю моєї дитини.

**Я не заперечую**, щоб у моїх інтересах були задіяні інші компетентні медичні установи.

**Я знаю**, що суворе дотримання призначень і рекомендацій лікарів є необхідною умовою для успішного результату, тому я беру на себе зобов'язання неухильно виконувати всі вимоги до мене, як до пацієнта. І я визнаю, що несу відповідальність за результати медичних втручань, у разі відхилень з мого боку від приписів лікарів.

**Я підтверджую**, що обізнана про те, що можу відмовитися від даної Згоди на свій розсуд, до початку медичних втручань шляхом написання відповідної заяви і обов'язкового своєчасного повідомлення про це лікуючого лікаря або відповідального представника \_\_\_\_\_

(назва медичної установи)

На випадок моєї медичної недієздатності, тут, я вказую людину, якій я довіряю представляти мої інтереси і приймати від мого імені рішення виключно з медичних питань, що виходять від лікарів і потребують моєї згоди: \_\_\_\_\_

(П.І.Б.)

фактичне місце проживання та контактна інформація (робочі, домашні, мобільні телефони)

**Я підтверджую, що мала необмежену можливість вносити зміни в текст цього документа на свій розсуд.**

**Пацієнт**

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
   підпис   вкажіть Ваші П.І.Б.

\_\_\_\_\_  
(Вкажіть прописом дату Вашого підпису)

**Цей документ підписаний у присутності свідків:**

_____	_____
підпис свідка	П.І.Б. Контактна інформація
_____	_____
підпис свідка	П.І.Б. Контактна інформація