

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава России
от «23» 08 2023 г. № 198

**Информированное добровольное согласие
в целях трансплантации органов и (или) тканей человека реципиенту**

Я, Пациент _____,
медицинская карта Пациента № _____ « _____ » _____ года рождения,
проживающий(-ая) по адресу _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт _____ выдан _____,

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным « _____ » _____
(число, месяц, год)

Я, _____, даю письменное
информированное добровольное согласие на трансплантацию (пересадку) ткани человека
(роговицы):

(наименование медицинской услуги)

в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.
Объект трансплантации _____

Цели и метод медицинского вмешательства _____

Риск, связанный с медицинским вмешательством _____

Последствия медицинского вмешательства _____

Возможные осложнения для здоровья Пациента в связи с предстоящим медицинским
вмешательством _____

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства _____

Лечащим врачом (врачом - специалистом) _____
(Ф.И.О.)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах трансплантации
органов и (или) тканей человека, связанном с ней риске, об объекте трансплантации, о
возможных вариантах медицинского вмешательства в целях трансплантации органов и (или)

тканей человека, о его последствиях, возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах трансплантации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в том числе в процессе проведения предтрансплантационного кондиционирования).

Сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Я сообщил лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья, в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Пациент
(законный представитель
Пациента)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: _____ 20__ г.

Лечащий врач либо иной
медицинский работник,
участвующий в оказании
медицинской помощи

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: _____ 20__ г.