

# НА ДОПОМОГУ ПРАКТИКАМ

Додаток № \_\_\_\_\_ до медичної карти  
стаціонарного (амбулаторного) хворого № \_\_\_\_\_

## ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ\*

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта \_\_\_\_\_  
відділення \_\_\_\_\_

Дата народження “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ року.

Я, (прізвище, ім'я, по батькові пацієнта), відповідно до ч. 3 ст. 32 Конституції України, ст. 285 Цивільного кодексу України, ст. 23 Закону України “Про інформацію”, п. “е” ст. 6, ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, Рішення Конституційного Суду України (справа К. Устименка) від 30.10.1997 року, отримав(-ла) медичну інформацію, а саме поінформований(-а) про необхідність проведення мені такого медичного втручання, як \_\_\_\_\_ в  
обсязі \_\_\_\_\_ та із застосуванням  
методів \_\_\_\_\_,

на що надаю інформовану та добровільну (без жодного примусу) згоду, згідно з ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, ст. 42, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені особисто було надана достовірна, своєчасна, в повному обсязі і доступній для мене формі інформація про мій стан здоров'я, у тому числі про діагноз, особливості перебігу мого захворювання і результати обстеження; про мету досліджень і лікувальних заходів, що мені проводяться; прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема і про наявність ризику для життя і здоров'я.

---

**\* Пам'ятайте!** Запропонований документ – це лише зразок, у якому відображено положення, які слід закріплювати у такому акті. У співпраці з пацієнтом усю медичну інформацію кожного положення (умови) “Згоди” необхідно деталізувати відповідно до конкретного медичного втручання з урахуванням особливостей нозології, перебігу захворювання та особи пацієнта. Цей документ сприятиме збалансуванню взаємин “лікар–пацієнт”. Наприклад, слід чітко вказати пацієнту його діагноз, а також можливі ризики та ускладнення, що можуть виникнути після конкретного медичного втручання (якщо можливо – навіть у відсотковому вираженні. Наприклад, ризик важкої інвалідизації може становити 5%; ризик смерті – 2% ; ускладнення у вигляді нагноєння рани, паралічу, пошкодження нервів – 15% тощо).

Також мене поінформовано про тривалість рекомендованого лікування, больові відчуття від цього втручання, відомі побічні ефекти втручання, очікувані від нього результати, склад і кваліфікацію медичного персоналу, залученого до проведення медичного втручання. Я отримав(-ла) відомості про альтернативні види втручання та їхні результати.

Я зобов'язуюсь виконувати усі медичні приписи та рекомендації лікаря, у тому числі до і після втручання, повідомляти про своє самопочуття після виписки із закладу охорони здоров'я при виникненні ускладнень чи непередбачуваних результатів.

Я поінформований(-а) про необхідність дотримуватись правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. Мені також відомо, що порушення мною медичних приписів чи правил внутрішнього розпорядку лікуючий лікар має право відмовитись від подальшого ведення пацієнта, згідно з ч. 2 ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені було повідомлено, що під час медичного втручання можуть виникнути непередбачувані обставини й ускладнення, які можуть вплинути на процес проведення медичного втручання і вимагатимуть внесення змін до окресленого раніше плану його здійснення. У такому випадку я погоджуюсь на застосування спеціальних заходів, які, на думку лікуючого лікаря, є необхідними для збереження мого життя і здоров'я, з наступним інформуванням про це зацікавленої сторони. Мене також поінформували, що за певних обставин може виникнути потреба у повторних медичних втручаннях.

Мені було надано можливість ставити запитання, які мене цікавлять з приводу проведення медичного втручання, й отримувати відповіді у доступній для мене формі. Після отримання вичерпної інформації щодо проведення медичного втручання у мене більше немає питань до медичного персоналу.

Інформація про вид, характер й обсяг медичного втручання і його можливі ускладнення, а також про медико-соціальні, психологічні й економічні його наслідки була надана мені в особистій розмові з лікуючим лікарем о \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_ хв. "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

Інформування мало попередній характер, і у мене було достатньо часу, щоб обміркувати запропонований варіант надання медичної допомоги, в тому числі необхідність проведення відповідного медичного втручання.

Я ознайомлений(-а) з усіма пунктами цього документа і погоджуюсь з ними. Підписуючи цей документ, я даю згоду на медичне втручання і прошу лікуючого лікаря і весь медичний персонал закладу охорони здоров'я про проведення необхідного мені медичного втручання на належному рівні, з дотриманням мого конституційного права на охорону здоров'я.

**Дата підписання документа:**

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

**Підписи зацікавлених сторін:**

**Пацієнт**

(прізвище, ініціали)

**Лікуючий лікар**

(прізвище, ініціали)

**Службова особа закладу охорони здоров'я**

(прізвище, ініціали)

**(чи черговий лікар)**