

Приложение
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
15.04.2021 № 36

Форма

**Согласие пациента
на сложное медицинское вмешательство**

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента
либо законного представителя, опекуна, супруга (супруги)
или одного из близких родственников пациента*)
проинформировал медицинских работников об известных мне:
наследственных и перенесенных заболеваниях;
изменениях в состоянии здоровья;
принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств,
психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;
ранее выявленных медицинских противопоказаний к применению лекарственных
средств и (или) диагностических исследований;
аллергических реакций и (или) непереносимости лекарственных средств.
До начала сложного медицинского вмешательства мне даны полные
и всесторонние разъяснения лечащим врачом _____

(фамилия, собственное имя,

О:
отчество (если таковое имеется) лечащего врача)
цели и характере сложного медицинского вмешательства;
прогнозируемых результатах;
возможных рисках для жизни и здоровья пациента, а также наиболее часто
встречающихся осложнениях с учетом характера заболевания, состояния, синдрома
и (или) их течения и индивидуальных особенностей организма пациента
(указать): _____

возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе
медицинского вмешательства;
применяемых методах оказания медицинской помощи;
квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно
участвующих в оказании медицинской помощи;
праве на отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство, за исключением
случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат
к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или
здоровья.

Даю добровольное согласие на _____
(название медицинского вмешательства)

Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи
с возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского
вмешательства.

(подпись лица, давшего согласие
на медицинское вмешательство)

_____ 20__ г.

(подпись лечащего врача)

* Под близкими родственниками понимаются родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети, в том числе усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабушка, совершеннолетние внуки.