

## Информированное добровольное согласие реципиента на трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 14 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов». Министерство здравоохранения РФ Приказ от 12 ноября 2021 г. № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» Г.р.,  
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии), дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту жительства)  
В отношении \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» Г.р.,  
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) пациента)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на переливание компонентов донорской крови /отказываюсь от переливания мне компонентов донорской крови:

\_\_\_\_\_ (вписать – компонент донорской крови, объем – в мл/единицах)

Мне разъяснено состояние моего здоровья и показания к переливанию компонентов крови, механизмы действия данных препаратов, а также объем трансфузии (переливания).

С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный мне диагноз, ознакомлен(а).

Настоящим я доверяю врачу-специалисту \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество врача)

именуемому в дальнейшем – Врач, и его коллегам выполнять все необходимые мне медицинские вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа, введение компонентов донорской крови и необходимых лекарственных средств и инфузионных растворов).

1. Я информирован(а) о методике предстоящей операции переливания компонентов крови и риском осложнений трансфузии: возможном развитии неприятных болевых ощущений при обеспечении венозного доступа; инфекционной опасности (передача гемотрансмиссивных инфекций: ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, и др.); тромбозе, эмболии; развитие воспалительных или аллергических реакций (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок); осложнений, связанных с несовместимостью переливаемых компонентов донорской крови (острый гемолиз, отек легких, острая лёгочная недостаточность, острая почечная недостаточность, реакция «трансплантат против хозяина» и др.). В случае возникновения реакций и осложнений мне будет оказана необходимая медицинская помощь.

2. Я ознакомлен(а) с составом и объемом переливаемых компонентов донорской крови, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных компонентов донорской крови, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим лечащим врачом или врачами-консультантами.

3. Мне сообщено, что компоненты донорской крови исследуют с помощью сертифицированных тест-систем на группу крови по системе АВ0, резус-фактор, фенотип антигенов эритроцитов, антиген К системы Келл, аллоимунные антитела, на антитела к вирусу гепатита С и В (HBsAg, анти-HBc), антитела к вирусам иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2), антитела к возбудителю сифилиса, наличие нуклеиновых кислот (РНК, ДНК) вирусов иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

4. Мне объяснено, что перед трансфузией (переливанием) будет определена группа крови по системе АВ0 и резус-фактор с использованием зарегистрированных в Российской Федерации технологий, а также проведены все необходимые пробы на совместимость по групповой и резус-принадлежности.

5. Мне объяснено, что во время проведения трансфузии с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг витальных функций (ЧД, ЧСС, А/Д, SpO<sub>2</sub>, диурез), а при необходимости лабораторный контроль.

6. Мне разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить действия, которые Врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах моего здоровья.

7. Я извещен(а) в доступной для меня форме о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов донорской крови, в том числе вероятности развития осложнений заболевания (состояния).

8. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с Врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

10. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства - трансфузию (переливание) компонентов донорской крови.

11. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) пациента, контактный телефон)

Беседу провел врач:

\_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г.,  
(должность) (Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)) подпись (дата)

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно:

Дата: \_\_\_\_\_ подпись пациента \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

или расписался законный представитель (родители, усыновители, опекуны или попечители)

Дата: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., законный представитель) \_\_\_\_\_

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно

Дата: \_\_\_\_\_ подпись пациента \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

или расписался законный представитель (родители, усыновители, опекуны или попечители)

Дата: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., законный представитель) \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: врач:

\_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г.,  
(должность) (Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)) подпись (дата)

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись пациента либо законного представителя)

Консилиум врачей в составе:

дата: \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.