**Информированное добровольное согласие**

**на исследования, процедуры, манипуляции, операции, медикаментозное лечение и физиотерапию при беременности, в родах и послеродовом периоде**

Я, нижеподписавшаяся, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на родоразрешение, необходимые диагностические и лечебные мероприятия во время беременности, родов и послеродового периода в период моего пребывания в СПб ГБУЗ «Родильный дом №1».

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии/наличии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

- о смысле всех родоразрешающих операций (эпизиотомия, вакуум-экстракция, акушерские щипцы, кесарево сечение) и обезболивания и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;

- о том, что медицинская помощь при родах и операциях, включая обезболивание, входит в Программу Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно;

- о том, что при беременности, протекавшей без осложнений, могут внезапно развиться осложнения (эклампсия, кровотечение, асфиксия плода и иные состояния), которые могут привести к моей инвалидности и смерти, а также к инвалидности или смерти моего ребенка, даже при своевременной и квалифицированной медицинской помощи;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил, в родах возможно возникновение осложнений (аномалий родовой деятельности, кровотечение, асфиксия плода, эклампсия и другие состояния), которые могут потребовать экстренного вмешательства, проведения лечебных мероприятий, и в том числе операций, обезболивания, переливания крови или ее препаратов, и, несмотря на своевременное качественное оказание медицинской помощи, могут повлечь за собой мою инвалидность или смерть, а также инвалидность или смерть моего ребенка;

- о том, что мой ребенок может родиться больным или погибнуть вследствие асфиксии, скрытых порок развития, внутриутробной инфекции, иных осложнений беременности или родов, никак не связанных с действиями либо бездействием медицинского персонала;

- о том, что в послеродовом периоде могут возникнуть осложнения (кровотечение, послеродовая инфекция и иные состояния), которые могут потребовать назначения антибиотиков, операций (выскабливание полости матки, удаление матки), отказа от грудного вскармливания, длительного лечения в родильном доме или многопрофильной больнице;

- о том, что имеющиеся всегда в послеродовой матке микроскопические частицы плацентарной ткани могут быть обнаружены при исследовании соскоба из матки и не являются признаками некачественного оказания медицинской помощи в родильном доме;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операций и иных медицинских манипуляций, нет 100% гарантий предотвращения возможных осложнений как во время проведения операций и манипуляций, так и в послеоперационном или послеродовом периоде;

- о необходимости прохождения медицинского обследования после родов в соответствии с рекомендациями лечащего врача;

- о необходимости приема препаратов или проведения процедур, рекомендованных мне лечащим врачом;

- о режиме поведения, в том числе половой контрацепции, и о возможных последствиях его нарушения.

Мне даны разъяснения:

- о действиях назначаемых мне препаратов и физиопроцедур, об их возможных побочных действиях и осложнениях при их применении;

- о возможных осложнениях при проведении обезболивания (ранения органов, смежных с зоной вмешательства, развитии инфекции легких или спинного мозга и его оболочек, нарушения центральной нервной деятельности при гипоксическом поражении коры головного мозга, инвалидизации вследствие параличей и парезов, клинической смерти, биологической смерти);

- о возможных осложнениях при проведении родоразрешающих операций (кровотечение, травмы родовых путей, органов малого таза и брюшной полости, мочевого пузыря и мочеточников; инфекционно-септические заболевания; впервые проявившиеся аллергические реакции на применяемые препараты; тромбозы и тромбоэмболии; иные состояния), которые могут потребовать расширения объема операции – удаления матки или проведения отсроченных оперативных вмешательств для сохранения моей жизни и здоровья;

- о возможности редких тяжелых осложнений родов, операций, анестезиологического пособия и иных процедур и манипуляций, в результате чего может наступить моя смерть или смерть моего ребенка.

Я внимательно прочла всю информацию, предоставленную мне родильным домом № 1, и имела возможность задать любые вопросы; на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Также мне разъяснены все альтернативные медицинской помощи варианты, равно и отказ от нее.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с моей беременностью, предстоящими родами и послеродовым периодом, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю данное решение.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Пациентка** |  |  |  |
|  | *подпись* |  | *Фамилия, имя, отчество* |

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, риски и альтернативные варианты течения беременности, родов и послеродового периода, необходимых при этом медицинских процедур, манипуляций и операций, дал ответы на все вопросы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Врач** |  |  | Врач-акушер-гинеколог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *подпись* |  | *Фамилия, имя, отчество* |

Дата: \_\_\_.\_\_\_.2023