



ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ГЛАЗНЫХ И УШНЫХ БОЛЕЗНЕЙ г. НЬЮ-ЙОРКА

Форма согласия пациента на операцию или специальную процедуру

ПАЦИЕНТ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

1. Разрешение. Этим я даю полномочия врачу _____ (и другому(им) врачу(ам) данной больницы, которые могут быть назначены) _____ провести следующую(ие) операцию(и): _____ Лично я (или фамилия пациента) _____

(пожалуйста, напечатайте или напишите печатными буквами)

2. Непредвиденные обстоятельства. Если возникнет любое непредвиденное обстоятельство в ходе операции или процедуры, или иных процедур, отличающихся от вышеуказанных, но таких, которые необходимы или закономерны с точки зрения врача или назначенных(ого) или лиц(а), тогда я прошу провести эти операции и процедуры, и даю на это полномочия.
3. Образцы. Любые образцы органов или тканей, удаленные хирургически, могут исследоваться и сохраняться в больнице для медицинских, научных или образовательных целей, и эти образцы можно уничтожить согласно принятой практике и соответствующих законов и норм штата.
4. Фотографирование, запись на видеопленку, др. Я даю согласие на проведение для медицинских, научных или образовательных целей фотографирования, записи на видеопленку, телесъемки, других видов наблюдения операции или процедур, включая соответствующие части моего тела, при условии, что моя личность не будет идентифицирована в фотографиях или сопровождающих текстах для описания.
5. Описание процедуры, рисков, преимуществ и альтернатив. Мне подробно объяснили характер и цель операции/процедуры, возможные альтернативные методы лечения, ожидаемые преимущества и осложнения, сопутствующие неудобства и риски. У меня была возможность задавать вопросы, и я получил(а) полные и удовлетворившие меня ответы на все мои вопросы.
6. Далее я даю согласие на применение крови или препаратов крови, если это будет необходимо. Я понимаю, что в данном случае всегда есть риск для здоровья, связанный с применением крови или препаратов крови, и эти риски мне подробно объяснили.
7. Трансплантация роговицы. Я даю согласие на раскрытие информации для банка глазных тканей, который поставяет ткань, применяемую для операции пересадки роговицы. Я понимаю, что для защиты моего здоровья, возможно, банку глазных тканей надо будет связаться со мной.
8. Никаких гарантий. Я признаю, что мне не дали никаких гарантий или заверений относительно результатов, которые могут быть достигнуты.

_____ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО Я ПРОЧИТАЛ(А) И ПОЛНОСТЬЮ ПОНЯЛ(А) ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ, ЧТО УПОМЯНУТЫЕ В ТЕКСТЕ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ ДАНЫ, И ЧТО ВСЕ ПУСТЫЕ МЕСТА ВЫШЕ БЫЛИ ЗАПОЛНЕНЫ ДО ТОГО, КАК Я ПОСТАВИЛ(А) СВОЮ ПОДПИСЬ.

Пациент/Родственник/Опекун*: _____

Отношение к пациенту, если подписано не пациентом: _____

Переводчик, если нужно: _____

Свидетель: _____

Дата: _____

* Следует получить подпись пациента, за исключением случаев, когда пациент – несовершеннолетний в возрасте до 18 лет или по другой причине неправомерен подписывать.

СВИДЕТЕЛЬСТВО ВРАЧА

Настоящим я свидетельствую, что объяснил(а) пациенту характер, цель, преимущества, риски и альтернативы относительно операции/процедуры, пациенту были предоставлены ответы на все вопросы, и на все такие вопросы были даны исчерпывающие ответы. Я считаю, что пациент[родственник/опекун] вполне понимает мои объяснения и ответы на вопросы.

_____ Подпись врача _____ Фамилия и имя врача печатными буквами _____ Дата _____

ПРИМЕЧАНИЕ: ЭТОТ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЧАСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТА.