ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ)

на получение ветеринарной помощи(ветуслуг), оперативное вмешательство применение лекарственных средств для анастезии (общей, местной) в ветеринарной клинике г.Костромы ОГБУ "КОСТРОМСКАЯ ГОР СББЖ" ИНН 4401043601

Я, нижеподписавшийся (шаяся)_____,
проживающий (ая) по адресу: _____, телефон _____,
паспорт серия _____ №_____ выдан "_____"_____ _____ г.
_____.
Обратившийся (шаяся) с животным: вид _____ ,пол_____ возраст_____ лет,
порода_____, вес_____, ИДЕНФ.Н._____.

в доступной и понятной мне форме был(а) проинформирован(а) ветеринарным врачом (далее-врач) о результатах предварительного осмотра моего животного, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, предварительном диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с лечением (оперативным вмешательством) рисках, а также о возможных последствиях, если это лечение (вмешательство) не выполнить или отложить выполнение.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии.

*Врачом мне разъяснено, что указанное заболевание имеет ***хроническую*** форму, и по оказании ветеринарной помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление. (*нужное подчеркнуть).

* Врачом мне разъяснено, что указанное заболевание имеет ***острую*** форму, и при оказании ветеринарной помощи может не произойти улучшение состояния.(*нужное подчеркнуть).

Я информирован(а) о предполагаемом способе и плане лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен(а), что в процессе оперативного вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур.

Мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению здоровья моего животного и снижению эффективности лечения.

Мне разъяснено, что лечебные процедуры могут быть прерваны (или отменены) врачом из-за их плохой переносимости, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я понимаю, что в процессе оказания ветеринарной помощи возможны разного рода нештатные ситуации, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно.

Я понимаю, что реакция каждого организма, на оперативное вмешательство непредсказуема и индивидуальна, возможные осложнения следует рассматривать в рамках реализованного риска (Реализованный риск- событие, наступившее в результате действия вероятностных факторов, предотвратить которые в данных условиях невозможно)

Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения в ходе хирургического вмешательства и после него в том числе:
гематома вокруг места травмирования тканей; отечность и кровянистое отделяемое по месту травмирования тканей; нарушение поведения в постнаркозный период (1-8час); заторможенность и ухудшение аппетита (2-5дн.); нарушение походки в связи с наличием повязки/попонки; отсутствие дефекации в связи с замедлением перестальтики; обострение хронических или не выявленных инфекционных заболеваний; ДВС синдром, тромбоз, отек легких, аритмия, аллергия или анафилаксия; реакция отторжения на шовный материал, ортопедические конструкции, плохое заживление или незаживление поврежденных тканей; повторная операция, впоследствие недостижения желаемого результата после проведения первой; при проведении парэнтерального введения лекарственных средств (подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций) возможно развитие кровоизлияний и асептических абсцессов, другие виды осложнений).
Мне разъяснена и понятна суть данных осложнений.
Я соглашаюсь на общую анастезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю врачу. Также мне были разъяснены цели и воздействие настоящего анестезиологического пособия и возможные осложнения (аллергические реакции, со стороны сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, органов дыхания).
Я понимаю, что при проведении ветеринарных процедур мое животное будет находится некоторое время под действием седативных и др. препаратов.

Я понимаю, что для эффективного лечения необходимо применение лекарственных препаратов гуманитарной медицины, в дозировках рекомендуемых ветеринарной фармакологией или рассчитанных в соответствии с весом животного.

Я также понимаю, что в течение лечения или после его окончания могут потребоваться дополнительные процедуры, и я даю своё согласие на их проведение. Я также подтверждаю, что мне не давали никаких гарантий и обещаний относительно результатов процедур и манипуляций.

Я своей подписью подтверждаю, что добровольно даю своё согласие на проведение всех манипуляций моему животному, включая переливание крови, кровозаменителей, использование сбалансированных растворов, моим врачом и/или его/её коллегами, а также на возможное присутствие наблюдателей.

Я также понимаю, что любая биопсийная ткань (включая кровь) не требующаяся для диагностики, может быть использована для исследовательских и учебных целей.

Я согласен(на) с тем, что для более эффективного лечения заболевания моего животного врачом могут быть рекомендованы лекарственные препараты. В случае приобретения таких лекарственных препаратов претензии по их качеству к врачу предъявлять не буду.

Я признаю свою ответственность за сокрытие или искажение сведений о здоровье моего животного.

Я доверяю лечащему врачу принимать решения, основанные на его профессиональных знаниях, опыте и практических навыках.

Я понимаю, что лечащий врач так же, как и я заинтересован в выздоровлении моего животного и предлагаемые им диагностические и лечебные манипуляции, направлены на достижение именно этой цели.

Я осознаю, что сумма которую я заплачу за получение ветеринарной помощи, будет являться оплатой за работу врача и израсходованные медикаменты и материалы.

На все интересующие меня вопросы относительно моего заболевания я получил(а) понятные ответы. Мне разъяснены правила поведения до и после вмешательства, необходимость соблюдения лечебных предписаний и правил внутреннего распорядка лечебного учреждения.

После получения информации и разъяснений я добровольно выражаю согласие на лечение моего животного и прошу персонал клиники его проведении. Согласие распространяется на воздействие предстоящего анестезиологического пособия, на продолжение или окончание вмешательства до тех пор, пока это служит достижению намеченных целей.

«_____»_____201__г. _____ _____

(согласие владельца (согласен / не согласен)) (подпись владельца животного, расшифровка)

Расписался в моем присутствии: _____

(Ф.И.О. специалиста оформившего разрешение)

Ветеринарный врач _____

(Ф.И.О. врача оказавшего услуги)