Додаток 6  
до Умов вилучення  
анатомічних матеріалів у живого донора  
(пункт 18 розділу ІІ)

**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА  
на проведення трансплантації**

1. Я, що нижче підписався (підписалась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові  
(за наявності), рік народження)

засвідчую, що я є дієздатною особою, перебуваю у родинних відносинах з

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), рік народження)

який (яка) доводиться мені \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ступінь родинних відносин)

та є відповідальним(ою) за достовірність наданих мною документів, що підтверджують факт  
спорідненості з живим донором.

2. Якщо реципієнт є неповнолітньою особою у віці до 14 років, або визнаний судом недієздатним,  
або неповнолітньою особою у віці від 14 до 18 років, або визнаний судом обмежено дієздатним:

я (ми), що нижче підписався (підписалися) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) батьків реципієнта, рік народження,  
(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), рік народження), інших законних представників)

засвідчую (засвідчуємо), що мій (моя) (наш (наша)) син (донька) або фізична особа, над якою  
встановлено опіку (піклування) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) реципієнта)

перебуває у родинних відносинах з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) живого донора,  
 рік народження)

який доводиться йому (їй) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , та є відповідальним

(ступінь родинних відносин)

(відповідальними) за достовірність наданих мною (нами) документів, що підтверджують факт  
родинних відносин реципієнта з живим донором.

3. При госпіталізації мене (реципієнта, нашого (нашої) сина (доньки), фізичної особи, над якою  
встановлено опіку (піклування)), у відділення (відділ) трансплантації

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва відділення (відділу) трансплантації центру трансплантації)

лікуючим лікарем у детальній та доступній для мене (нас) (батьків / інших законних представників) формі було поінформовано про таке:

моя госпіталізація (реципієнта, мого (моєї), нашого (нашої) сина (доньки), фізичної особи, над якою встановлено опіку (піклування)) у відділення (відділ) трансплантації відбувається за наявності відповідних медичних показань з метою усунення небезпеки для мого життя (життя реципієнта) та/або відновлення мого (реципієнта) здоров’я, оскільки лікування іншими методами неможливе.

4. Я (ми) поінформований (поінформовані) лікуючим лікарем про:

1) ймовірні хірургічні та анестезіологічні ризики, пов’язані з трансплантацією анатомічного матеріалу;

2) можливі ризики та ускладнення для здоров’я реципієнта, що пов’язані з трансплантаційним втручанням або з відмовою від запланованої трансплантації анатомічного матеріалу, вилученого у живого родинного донора;

3) мої ( його) права у зв’язку із застосуванням трансплантації;

4) про те, що укладання договорів, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, забороняється;

5) про заборону розголошення інформації щодо стану здоров’я донора або реципієнта.

5. Крім того, я/ми (батьки або інші законні представники реципієнта) поінформований(і) про те, що після трансплантації пересаджений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва анатомічного матеріалу)

може бути відторгнутий.

6. Лікуючим лікарем мені (реципієнту) надано роз’яснення того, що я маю право за письмовою заявою довільної форми на ім’я керівника центру трансплантації відкликати свою згоду на проведення трансплантації (інформовану згоду на проведення трансплантації) до початку процедури введення мене або реципієнта в стан анестезіологічного сну.

7. Претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної моєму здоров’ю, можуть бути подані мною до керівника центру трансплантації або до суду у встановленому законодавством України порядку.

8. Моя госпіталізація у відділення (відділ) трансплантації проводиться за моїм власним бажанням та за моєю добровільною згодою (у випадку госпіталізації у віці до 14 років, або визнаного судом недієздатним, або неповнолітньої особи у віці від 14 до 18 років, або визнаного судом обмежено дієздатним - за згодою батьків реципієнта та/або його інші законних представників).

9. Дану інформовану згоду підписую свідомо, добровільно, без примушування.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис реципієнта) (прізвище, власне ім’я,  
 по батькові (за наявності))

10. Дану інформовану згоду підписуємо батьки та/або його інші законні представники, якщо реципієнт є особою у віці до 14 років, або визнаний судом недієздатним, або неповнолітньою особою у віці від 14 до 18 років, або визнаний судом обмежено дієздатним свідомо, добровільно, без примушування.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підписи батьків та/або (прізвище, власне ім’я,

інші законних представників) по батькові (за наявності))

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підписи батьків та/або (прізвище, власне ім’я,

інші законних представників) по батькові (за наявності))

{Додаток 6 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 2195 від 02.12.2022}