

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____,</p> <p>паспорт: _____ выдан: _____</p> <p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____</p> <p>_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p>

поставлен (поставлена) в известность, что я обратил(ся) за медицинской помощью (диагностической, лечебно-профилактической, консультативной, реабилитационной) в

Эндоскопический кабинет 2-го диагностического отделения ОАО «Медицина»

(указать название или профиль отделения)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие и прошу о проведении мне (представляемому мной лицу) следующего(их) исследования(й) и манипуляции(й) (выбранное подчеркнуть):

- Эзофагогастродуоденоскопия лечебно-диагностическая (ЭГДС)
- Биопсия при проведении ЭГДС*
- Толстокишечная видеоэндоскопия (Колоноскопия) лечебно-диагностическая
- Биопсия при проведении колоноскопии*
- Эндоскопическая полипэктомия*
- Бронхоскопия
- Биопсия легких при проведении бронхоскопии*

**При наличии/возникновении медицинских показаний, в том числе экстренных, выявившихся во время исследования, решение о необходимости данной и/или дополнительных манипуляций может быть принято врачом-эндоскопистом самостоятельно.*

Настоящим подтверждаю, что:

- Я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего(их) мне (представляемому) исследования(й) и манипуляции(й), а также о том, что мне (представляемому) предстоит делать во время их проведения.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе вышеуказанных исследований/манипуляций, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что объем и качество полученной при эндоскопическом исследовании информации во многом зависит от результата проведенной мной самостоятельно подготовки согласно заранее представленным мне рекомендациям.

- Я понимаю, что вследствие значительного разнообразия анатомического и морфологического строения тканей, а также актуального состояния органов и условий проведения эндоскопических манипуляций пробы, полученные при проведении биопсии, могут содержать недостаточно информативного материала для получения однозначного заключения патоморфологических (гистологических)/цитологических исследований, что может потребовать проведения повторного обследования.

- Я осознаю, что во время исследования(й) и манипуляции(й) могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что врач самостоятельно примет решение о проведении необходимых мероприятий.

- Я предупрежден (предупреждена) об известных факторах риска и понимаю, что проведение исследования/манипуляции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушения целостности стенки органов желудочно-кишечного тракта, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев, в том числе при недостаточно эффективной самостоятельной подготовке, а также в связи с возможными осложнениями или особенностями состояния моего здоровья может возникнуть необходимость проведения повторных эндоскопических манипуляций, и даю на это свое согласие.

- Я понимаю, что эндоскопические манипуляции могут сопровождаться неприятными ощущениями (дискомфорт, боль, ощущение распираания и вздутия и т.п.) как во время проведения исследования, так и в продолжении некоторого времени после него.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных с состоянием моего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах.

- Я согласен (согласна) на запись хода эндоскопических манипуляций на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мной получены рекомендации по моим действиям после проведения эндоскопических исследований/манипуляций, в частности о том, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия.

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от назначенного лечения, соблюдения рекомендаций медицинских работников, а также бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена), мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, а именно:

Ожидаемый эффект _____

Возможные альтернативы _____

Возможные осложнения _____

Возможные последствия отказа от проведения операции _____

Вероятность успешного завершения лечения _____

Возможные проблемы при выздоровлении _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/
законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(Должность, Ф.И.О.)