

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на дуплексное сканирование сердца и сосудов плода
(А04.30.002.)

Я _____
(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

_____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: _____ в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИБН СИНА» на проведение мне/моему подопечному медицинского вмешательства: _____,

(Ф.И.О. подопечного)

_____ года рождения.

Врач _____
(должность, ФИО)

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и диагнозе _____.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства: дуплексное сканирование сердца и сосудов плода – это исследование сердца и сосудов плода, которое назначается беременным женщинам для оценки анатомических изменений в сердце плода, а также для оценки состояния крупных сосудов и перикарда плода: увеличение толщины стенок или расширение желудочков, а также предсердий, сократимость желудочков, наличие тромбов или жидкости в области перикарды или образование опухолей.

(указать иную цель)

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: врожденные болезни сердца у родителей; рождение предыдущих детей с врожденными болезнями сердца; употребление беременной женщиной лекарств, оказывающих выраженное тератогенное действие, а также наличие у будущей матери тяжелых заболеваний: системной красной волчанки, сахарного диабета, артрита, патологий сердца и сосудов (врожденного и приобретенного характера).

Мне разъяснено, что дуплексное сканирование сердца и сосудов плода не имеет абсолютных противопоказаний, однако исследование не может проводиться при деформации брюшной полости, а также при изменениях кожного покрова аллергического либо воспалительного характера, имеющихся в области проведения исследования.

Мне разъяснено, что данный метод позволяет обследовать внутреннее состояние сердца при помощи звуковых волн. Проводится указанное исследование при помощи многофункционального специального прибора, который носит название трансдюсер. Он устанавливается на различные области брюшной полости беременной и позволяет обследовать сердце, клапаны и сосуды плода с различных позиций.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определенными рисками, а именно: необходимость проведения дополнительных обследований.

Лечащий врач уведомил меня, что могут возникнуть побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: возможны неприятные ощущения: зуд, жжение, покраснения вследствие применения геля и воздействия датчиком.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: отказ от медицинского вмешательства.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: оценка анатомических изменений в сердце плода; оценка состояния крупных сосудов и перикарда плода: увеличение толщины стенок или расширение желудочков, а также предсердий, сократимость желудочков, наличие тромбов или жидкости в области перикарды или образование опухолей.

Мне разъяснено, что может потребоваться прием врача по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации специалиста.

Мне разъяснено, что в процессе медицинского вмешательства допустимо увеличение стоимости, о чем меня уведомит врач.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения вмешательства; сроки проведения манипуляции; стоимость отдельных процедур (этапов) и медицинского вмешательства в целом.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе,

инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) без согласования с врачом для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, путём подписания отказа, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я понимаю, что отказ от медицинского вмешательства может повлечь осложнения и исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения.

Я внимательно ознакомился/лась и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен(а) судом в дееспособности, не признан(а) недееспособным/ой вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

_____ Лечащим врачом.

_____ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина/законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ Г.
_____ (дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки.

_____ (Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)