

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на удаление внутриматочной спирали (А11.20.015.)

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: удаление внутриматочной спирали – это удаление внутриматочного противозачаточного средства и/или внутриматочного средства с лечебными свойствами (лекарственное средство «Мирена»), которое установлено в полости матки. Мне разъяснено, что внутриматочная спираль удаляется по моему желанию /по истечению срока действия внутриматочной спирали.

(указать иную цель)
Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: плановое извлечение внутриматочной спирали в связи с истечением срока использования: в зависимости от вида внутриматочной спирали это может быть период 3-5 лет; обильные кровотечения, как при менструации, так и вне сроков; боли в нижней части живота; смещение внутриматочной спирали: острое воспаление, которое сопровождается повышением температуры тела, абсцессами на слизистой оболочке половых органов; наступление беременности; наступление менопаузы.

Мне разъяснено, что отсутствуют противопоказания к извлечению внутриматочной спирали, однако перед манипуляцией необходимо проконсультироваться с врачом.

Мне разъяснено, что удалять внутриматочную спираль рекомендуется во время менструации, так как в этот период шейка матки становится наиболее мягкой и легко растягивается. Запрещается самостоятельно проводить эти манипуляции, так как можно не только занести инфекцию, но и повредить стенки детородного органа, вызвав сильное кровотечение.

Мне разъяснено, что процедура удаления внутриматочной спирали сводится к следующему: врачу необходимо удостовериться, что контрацептив не изменил своего положения, а его усики достаточного размера, для того, чтобы можно было потянуть за них с помощью медицинского пинцета или корнцанга. Во влагалище вставляется специальное зеркало-расширитель, позволяющее увидеть шейку матки и контрольные нити спирали. После обработки антисептиком гинеколог аккуратно подхватывает нить. Спираль легко выходит через цервикальный канал.

Мне разъяснено, что удаление внутриматочной спирали проводится без обезболивания.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что удаление внутриматочной спирали относится к малым хирургическим операциям, в полости матки и во влагалище находятся острые, колющие предметы, для чего необходимо строго выполнять команды врача и не производить движения тазом. При удалении внутриматочной спирали возможна перфорация (прокол) матки из-за особенностей самой матки, ранее сделанных аборт, проводимых лечений, родов других особенностей организма.

Лечащий врач уведомил меня, что могут возникнуть побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: возможны боли при менструации; тазовые инфекции; нерегулярная менструация или отсутствие менструации.

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: извлечения внутриматочного противозачаточного/гормонального средства из полости матки. Удаление внутриматочной спирали способствует прекращению предохранения от беременности, а также лечебного эффекта: профилактика гиперплазии эндометрия; лечение аденомиоза.

Мне разъяснено, что может потребоваться прием врача 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)