

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на ультразвуковое исследование матки и придатков
(А04.20.001. А04.20.001.001. А04.30.010.)

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:
ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) матки и придатков проводится для оценки состояния матки и
придатков; с целью выявления опухолевидных образований, патологий эндометрия, признаков
воспалительных процессов.

_____ (указать иную цель)
Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: нерегулярный
менструальный цикл (удлинение, укорочение цикла, чрезмерно обильные или скудные выделения); задержка
менструации; подозрение на беременность; периодическая или острая боль внизу живота; патологические
выделения; межменструальное кровотечение; подозрение на бесплодие; подозрение на патологию матки или
яичников; подозрение на наличие онкологического заболевания в области малого таза; при врожденных
аномалиях развития; для оценки состояния матки, придатков и маточных труб.

Мне разъяснено, что УЗИ матки и придатков не имеет абсолютных противопоказаний, однако выполнение
трансвагинального УЗИ матки и придатков ограничивает: острый воспалительный процесс во влагалище;
девственность; разрыв влагалища в результате родов или травмы с кровотечением; некоторые психические
заболевания; невозможность развести бедра (коксартроз), также трансвагинальное УЗИ делается только на
ранних сроках беременности. Трансректальное ультразвуковое сканирование не показано, если имеет место:
обострение геморроя, трещины прямой кишки; проктит и парапроктит; диарея; кишечное кровотечение.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков представляет собой исследование с
помощью аппарата ультразвуковой диагностики. Пациент укладывается на кушетку, после чего на низ живота
или на половые органы наносится специальный гель для исследования. В зависимости от метода исследования
датчик помещается на низ живота, вводится во влагалище или в прямую кишку, либо с помощью зонда в
матку. После окончания исследования, когда изображение получено на экране монитора, датчик извлекается,
убирается, пациентка вытирает гель с тела, одевается.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков может оказываться в условиях
медицинской организации в кабинете, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков оказывается с применением
медицинских изделий: аппарат для ультразвукового исследования с различными насадками, медицинские
перчатки, кушетка.

Мне разъяснено, что качественное выполнение ультразвукового исследования матки и придатков требует
предварительной подготовки: для абдоминальной диагностики рекомендуется за день исключить из рациона
капусту, бобовые, газированные напитки, черный хлеб и те продукты, которые повышают газообразование у
пациентки, а также требуется наполнить мочевого пузырь - выпить за час-два до процедуры 1-2 литра воды
без газа, чая или сока, после чего не мочиться до окончания процедуры. Перед проведением трансвагинальной
диагностики рекомендуется опорожнить мочевого пузырь непосредственно перед процедурой. Для
трансректального исследования рекомендуется опорожнить кишечник за 6-8 часов с помощью клизмы,
микроклизмы, глицериновой свечи или слабительного - по рекомендации врача. Проведение внутриматочной
диагностики не требует специальной подготовки, однако рекомендуется опорожнить мочевого пузырь до
процедуры.

Диагностика проводится в период цикла по рекомендации врача в зависимости от метода исследования и
цели исследования. Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков проводится
следующими методами:

- 1) Трансвагинальный метод;
- 2) Абдоминальный метод;
- 3) Трансректальный метод;
- 4) Внутриматочный метод.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование трансвагинальным методом заключается во введении специального датчика аппарата УЗИ во влагалище пациентки для более детального обследования. На датчик надевается специальная одноразовая насадка, которая утилизируется после использования. Внутри влагалища датчик незначительно поворачивается медицинским работником, по окончании исследования датчик извлекается.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование абдоминальным методом осуществляется следующим способом: на внешнюю поверхность низа живота наносится специальный гель для исследования, датчик аппарата УЗИ прикладывается внизу живота, медицинский работник совершает движения датчиком для получения полной картины исследования.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование трансректальным методом применяется для пациенток, не живших половой жизнью, и заключается во введении специального тонкого датчика в прямую кишку пациентки. Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование внутриматочным методом заключается во введении тонкого стерильного зонда с ультразвуковым датчиком непосредственно в матку пациентки, данный метод применяется по специальным показаниям.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков проводится без применения анестезии.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками: необходимость проведения дополнительных обследований. Мне разъяснено, что трансвагинальное исследование на поздних сроках беременности может повлечь нежелательные осложнения в течении беременности, спровоцировать начало родовой деятельности или выкидыш.

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

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

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: оценка состояния матки и придатков; выявление опухолевидных образований, патологий эндометрия, признаков воспалительных процессов.

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)