

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на ультразвуковое исследование при ведении беременности  
(А04.30.001.001)**

(указать иную цель)

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. р.,  
(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. р.  
(Ф.И.О. подопечного)

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: выявление очагов перерождения эпителия в эрозию или неоплазию; диагностика патологий; скрининговое профилактическое исследование; наблюдение за шейкой матки после лечения.

\_\_\_\_\_  
(указать иную цель)

Мне в доступной форме разъяснено, что на ранних сроках могут проводить как трансвагинальное исследование с использованием специального датчика, так и абдоминальное, где используют конвексный датчик и водят им по животу. Мне разъяснено, что при проведении УЗИ абдоминальным методом врач наносит специальный гипоаллергенный гель на кожу и на датчик прибора (для улучшения контакта), затем начинает осмотр. Мне разъяснено, что при проведении трансвагинального УЗИ используется специальный датчик продолговатой формы, специально созданного в соответствии с анатомическими особенностями женских половых органов, который вводится во влагалище. Мне понятно, что при проведении трансвагинального УЗИ следует опорожнить мочевой пузырь, лучше отказаться от приема жидкости за 1-2 часа, за несколько дней до планируемого обследования желателно исключить продукты, провоцирующие газообразование (черный хлеб, газированные напитки, молочные продукты, бобовые, а также другие овощи и фрукты в сыром виде, капуста, жареные, копченые, жирные блюда из мяса и рыбы, наваристые бульоны). При проведении абдоминального УЗИ женщинам необходимо перед процедурой выпить около литра воды без газов или чай без сахара, а также желателно за несколько дней до планируемого обследования исключить продукты, провоцирующие газообразование (черный хлеб, газированные напитки, молочные продукты, бобовые, а также другие овощи и фрукты в сыром виде, капуста, жареные, копченые, жирные блюда из мяса и рыбы, наваристые бульоны).

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: подтверждение факта беременности, установление срока беременности, оценка общего состояния плода, оценка развития плода, проверка сердцебиения плода, оценка состояния матки и придатков на предмет аномалий, оценка состояния околоплодных структур, определение риска преждевременного прерывания беременности, оценка размеров плода, которые должны соответствовать сроку беременности, определения количества околоплодных вод и локализации плаценты, диагностика многоплодной беременности, боли внизу живота, подозрение на опухоли и новообразования (по результатам пальпации), кровянистые выделения из половых путей, осложнения течения беременности.

Мне разъяснено, что УЗИ при беременности не имеет абсолютных противопоказаний, однако ограничением к проведению может стать наличие открытых ран, ожогов, инфекционное, воспалительное поражение кожи в области расположения датчика.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками, а именно: необходимость проведения дополнительных обследований. Мне разъяснено, что ультразвуковое обследование не оказывает отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему плода и на другие его органы, а также на состояние беременной женщины. Ультразвуковые волны не обладают ионизирующим излучением, в отличие от рентгена и томографии. Радиочастотные волны, которые образуются в датчике, взаимодействуют с тканями организма и подают сигнал на экран монитора, что выражается изображением определенного органа. Ультразвук не имеет способность накапливаться в организме, поэтому обследоваться можно столько раз, сколько этого требует ситуация.

Лечащий врач уведомил меня, что побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства отсутствуют.

Я поставлена в известность о существовании альтернативных методик обследования: исследование крови на бета-ХГЧ (при определении наличия беременности), отказ от лечения.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: определение факта наличия беременности; обследование и оценка строения малого таза, матки и придатков; оценка развитие плода, плаценты, плодных оболочек; определение малейшие отклонения в нормальном течении беременности.

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 проинформировала 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 ознакомилась и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничена судом в дееспособности, не признана недееспособной 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

---

(подпись) (Ф.И.О. гражданина/законного представителя)  
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)  
(дата оформления)  
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

---

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)  
Г.  
(дата оформления)  
Рекомендации после процедуры получены на руки.

---

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