

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на введение внутриматочной спирали (А11.20.014.)

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:
предохранение от беременности, лечебная цель: лечение аденомиоза, предупреждение рецидива гиперплазии
эндометрия. Внутриматочная спираль – это внутриматочное противозачаточное средство/внутриматочное
гормональное средство с лечебными свойствами («Кайлина», «Мирена»), которое устанавливается в полости
матки. Мне разъяснено, что внутриматочная спираль имеет разную форму (Т-образную, Ф-образная, кольцо),
а также имеет разный состав (медь, серебро, золото, левоноргестрел).

(указать иную цель)
Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: предотвращение
беременности; лечение нарушений менструального цикла; уменьшение риска железодефицитной анемии;
эндометриоз; миома матки; меноррагия идеопатическая (чрезмерное маточное кровотечение); гиперплазия
эндометрия.

Мне разъяснено, что существует ряд противопоказаний к введению внутриматочной спирали:
беременность или подозрение на беременность; воспалительные заболевания шейки матки; аллергия на
компоненты спирали; врожденные или приобретённые аномалии матки; ранее перенесенные осложнения
после установки внутриматочной спирали.

Мне разъяснено, что процедура установки внутриматочной спирали сводится к следующему: во влагалище
вставляется расширитель, благодаря которому врач может определить местонахождение шейки матки. Шейка
матки и влагалище обрабатываются антисептиком. При помощи держателя происходит раскрытие шейки
матки и удержание ее в раскрытом положении. Врач вводит специальный инструмент для измерения глубины
матки, чтобы убедиться, что она соответствует размерам внутриматочной спирали. Т-образная спираль
складывается и вставляется в трубку. Врач вставляет трубку в матку через влагалище и шейку матки. Как
только врач вставит трубку, он немного вытягивает ее обратно, что позволяет внутриматочной спирали
принять изначальную Т-образную форму внутри матки. Трубка и держатель затем будут удалены. «Усики»
внутриматочной спирали выступают из шейки матки во влагалище. Они укорачиваются до длины 2 -3 см. В
конце процедуры удаляется расширитель.

Мне разъяснено, что установка внутриматочной спирали проводится без обезболивания/с местным
обезболиванием. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые
могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке,
обморока, коллапса и др.) и полностью согласен на её применение.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что
введение 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 введении внутриматочной спирали возможна перфорация (прокол)
матки из-за особенностей самой матки, ранее сделанных аборт, проводимых лечений, родов других
особенностей организма, поведения после введения внутриматочной спирали - поднятие тяжестей более
одного килограмма, секс, физические нагрузки, стресс, нежелание организма носить инородный предмет;
спазмы; аномальные кровотечения и кровянистые выделения в течение нескольких месяцев. Лечащий врач
уведомил меня, что после введения внутриматочной спирали повышается риск бесплодия и появления
тазовых инфекций. Мне понятно, что при использовании внутриматочной спирали есть шанс забеременеть,
если это случится, есть риск возникновения внематочной беременности (состояние, когда плод развивается
вне матки).

Лечащий врач уведомил меня, что могут возникнуть побочные реакции и осложнения после медицинского
вмешательства: возможны боли при менструации; внутриматочная спираль может выпасть из матки во
влагалище или полностью из организма; возникает нерегулярная менструация или отсутствие менструации
(гормоносодержащая внутриматочная спираль); тяжело переносимая менструация (медная внутриматочная

спираль). После введения внутриматочной спирали в полость матки могут наблюдаться тянущие боли, как реакция матки на инородное тело, и кровяные выделения.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: пероральные (таблетки) гормональные контрацептивы; инъекционные гормональные контрацептивы; накожные гормональные контрацептивы; гормональное влагалищное кольцо.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: предохранение от беременности; лечебный эффект: 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)