

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез
(А04.22.001)

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: мне
понятно, что ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) щитовидной железы и паращитовидных желез
проводится для оценки состояния органа; с целью определения размеров органа, его расположения, структуры
паращитовидных и щитовидной желез; для проверки состояния расположенных рядом лимфатических узлов,
крупных кровеносных сосудов.

_____ (указать иную цель)
Мне в доступной форме разъяснено, что за сутки до исследования необходимо избегать воздействия
стрессовых факторов, негативных ситуаций, а также не следует употреблять алкоголь, энергетические
напитки, кофе, сосудистые препараты, медикаменты без необходимости. Мне разъяснено, что УЗИ
щитовидной железы и паращитовидных желез проводится при положении пациента лежа на кушетке. Врач
наносит специальный гель на кожу проекции щитовидной железы и паращитовидных желез и на датчик
прибора (для улучшения контакта), затем начинает осмотр. Датчик водят определенным образом, чтобы
рассмотреть состояние тканей в продольном, поперечном и косом направлениях.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства:
профилактическое обследование; заболевания щитовидной железы; увеличение железы или уплотнение в
области шеи, отеки, покраснения; боль в шее при прикосновении; слабый голос, затрудненное дыхание и
глотание; учащенное или замедленное сердцебиение; отеки независимо от части тела, дрожание конечностей;
потливость, повышенная температура тела, жар или озноб при отсутствии простудных заболеваний;
облысение; употребление гормональных препаратов; слабость, сонливость, усталость, раздражительность,
апатия, состояние подавленности, резкая смена настроения; лишний вес или резкая потеря веса; при
планировании беременности; наследственная предрасположенность к заболеваниям щитовидной железы.

Мне разъяснено, что УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез не имеет абсолютных
противопоказаний, однако ограничением к проведению может стать наличие на шее пациента каких-либо
нарушений кожных покровов: обширная болезненная сыпь, экзема, стрептодермия (воспаление, которое
вызывается стрептококком) или ожоги.

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 УЗИ щитовидной железы и
паращитовидных желез не наносит никакого вреда организму человека: при его проведении не используются
рентгеновские лучи или магнитные поля.

Лечащий врач уведомил меня, что в большинстве случаев побочные реакции и осложнения после
медицинского вмешательства отсутствуют, однако может возникнуть аллергическая реакция на гель, могут
появиться покраснения и зуд в области проведения исследования.

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 паращитовидных и щитовидных желез; определение размеров органа, его
расположения, структуры паращитовидных и щитовидной желез; проверка состояния расположенных рядом
лимфатических узлов, крупных кровеносных сосудов.

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)

(дата оформления) _____ Г.

Рекомендации после процедуры получены на руки.

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