

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на ультразвуковое исследование почек
(А04.28.002.001)

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: _____,

_____ 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 разъяснено, что ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) почек проводится для оценки состояния и функции мочевыделительной системы, а также с целью выявления аномалий строения, воспалительных процессов, механических повреждений, наличия новообразований, кист почках.

_____ (указать иную цель)
Мне в доступной форме разъяснено, что за 2-3 дня до проведения обследования нужно исключить из питания продукты, способствующие вздутию живота (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). Последний прием пищи перед УЗИ почек должен состояться минимум за 8 часов. Мне разъяснено, что пациентам, имеющим лишний вес или страдающим запорами, в ночь перед исследованием необходимо очистить кишечник с помощью слабительного. Мне разъяснено, что непосредственно в день проведения УЗИ за 2 часа до исследования не мочиться, сдерживать позывы к мочеиспусканию, за 40-60 минут до начала диагностики нужно выпить пол-литра негазированной воды. Мне разъяснено, что УЗИ почек проводится при положении пациента лежа на кушетке. Мне разъяснено, что врач наносит специальный гипоаллергенный гель на кожу спины, живота в проекции почек и на датчик прибора (для улучшения контакта), затем начинает осмотр. Мне разъяснено, что датчик водят определенным образом, чтобы рассмотреть состояние тканей в продольном, поперечном и косом направлениях.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: отеки конечностей, живота, лица; периодические или постоянные острые, тянущие боли в пояснице; головная боль в сочетании с высоким давлением; постоянная жажда, сухость во рту; отклонения в лабораторном анализе мочи; травмы в области расположения почек; наличие мочекаменной болезни; врожденных аномалиях почек, надпочечников; воспалительные, инфекционные процессы в почках; подозрении на наличие новообразований, также медицинское вмешательство рекомендовано новорожденным, которые находились после родов в отделении реанимации.

Мне разъяснено, что УЗИ почек не имеет абсолютных противопоказаний, однако ограничением к проведению может стать наличие открытых ран, ожогов, инфекционное, воспалительное поражение кожи в области расположения датчика. Мне разъяснено, что проведение УЗИ с контрастированием имеет ряд противопоказаний: беременность; аллергия на компоненты контрастного препарата; сахарный диабет; почечная недостаточность; тиреотоксикоз.

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 УЗИ почек не наносит никакого вреда организму человека: при его проведении не используются рентгеновские лучи или магнитные поля, поэтому УЗИ почек, предстательной железы, мочевого пузыря назначают взрослым и детям, в том числе и новорожденным, людям пожилого возраста и беременным женщинам.

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

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: КТ урография, магнитно-резонансная томография (МРТ) почек.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: оценка состояния и функции мочевыделительной системы, выявление аномалий строения, воспалительных процессов, механических повреждений, наличия новообразований, кист в почках.

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)