

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на ультразвуковое исследование селезенки
(А04.06.001)

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 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). Мне разъяснено, что исследование проводится утром строго натощак. Запрещается употребление жидкости (кроме питьевой воды), жевательной резинки, курения. Если исследование проводится во второй половине дня - последний прием пищи за 8 часов до исследования. Если повышенное газообразование – необходимо принимать сорбент или ветрогонный препарат по схеме, указанной в инструкции к лекарству. Мне разъяснено, что УЗИ селезенки проводится при положении пациента лежа на кушетке. Мне разъяснено, что врач наносит специальный гипоаллергенный гель на кожу проекции селезенки 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: заболевания инфекционного характера (брюшной тиф, сепсис, туберкулез, сифилис и т. д.); заболевания крови (лейкоз); доброкачественные опухоли селезенки; злокачественные новообразования; для подтверждения «инфаркта селезенки»; при неудовлетворительном результате анализа крови – уменьшение количества лейкоцитов, тромбоцитов, железодефицитная анемия; аномалии развития органа («блуждающая» селезенка, образование добавочной доли и пр.); травмы живота, при которых есть риск разрыва селезенки или развития внутреннего кровотечения; симптомы печеночной гипертензии; кровоточивость десен; носовые кровотечения; увеличение органа, обнаружимое при пальпации; хронические патологии органов ЖКТ; нарушения функции лимфатической системы.

Мне разъяснено, что УЗИ селезенки 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 УЗИ селезенки не наносит никакого вреда организму человека: при его проведении не используются рентгеновские лучи или магнитные поля.

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

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: магнитно-резонансная томография селезенки.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: оценка состояния органа; выявление аномалий строения, воспалительных процессов, повреждений органа, наличия новообразований, кист, абсцессов.

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)

Лечащи

м 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)

