

Информированное добровольное согласие пациента на проведение электрической кардиоверсии при нарушении сердечного ритма

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Мне, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я (ФИО) _____,
паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю согласие на проведение электрической кардиоверсии.

Мне разъяснены состояние моего здоровья и наличия показаний для проведения электрической кардиоверсии при нарушении сердечного ритма. Лечение проводится в случаях нарушения сердечного ритма. С целью кардиоверсии используются металлические электроды или наклейки, накладываемые на грудную клетку, через которые пропускается мощный электрический ток с целью упорядочения сердечного ритма. Лечение проводится после внутривенного введения седативных препаратов.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил (а) подробное устное объяснение от врача:

_____ (Ф.И.О. врача)

о необходимости выполнения электрической кардиоверсии.

Мне объяснено, что в большинстве случаев кардиоверсия бывает успешной и сердечный ритм опять становится регулярным. Однако существует вероятность того, что после кардиоверсии нарушения ритма не исчезнут или даже ухудшаться, или они исчезнут и вернуться снова через короткий или длительный промежуток времени. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен(а) о побочных эффектах основного лечения, включая местные боли и /или легкий ожог кожи грудной клетки или болевые ощущения во время выполнения кардиоверсии, несмотря на применение седативных препаратов. Кроме того, я информирован(а) о возможных осложнениях основного лечения, включая: мозговой инсульт вследствие эмболии мозга тромбом; эмболия тромбом кровеносных сосудов других отделов тела; очень медленный ритм сердца, при котором может потребоваться введение временного или постоянного водителя ритма; нарушения желудочкового ритма, которые могут быть опасными; отек легких.

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения. Настоящим я даю согласие на внутривенное введение седативных препаратов после того, как мне объяснили, что применение седативных препаратов может изредка вызывать нарушение дыхания и нарушения деятельности сердца, главным образом у больных с заболеваниями сердца и дыхательной системы, а также плохое общее самочувствие после прекращения их воздействия.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть

