

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(Эндоскопическое исследование)

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»

Я,

_____ (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 законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
эзофагогастродуоденоскопия, фибробронхоскопия , фиброколоноскопия , ректороманоскопия , цистоскопия , взятие материала для гистологического исследования (биопсия), эндоскопическая остановка кровотечения (аргоноплазменная коагуляция)(нужное подчеркнуть), иное:

в БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства.

их последствия, в том числе вероятность развития осложнений (нужное подчеркнуть):

- при проведении эзофагогастродуоденоскопии: ощущение «сухого горла», боль в горле, болезненные ощущения в эпигастральной области, рвота, редко: кровотечение, перфорация (прободение стенки органа),аллергические реакции на лекарственные препараты, вводимые с целью успокоения и обезболивания,иное:

_____ ;
-при проведении фибробронхоскопии :повреждение стенки бронха, пневмоторакс (скопление воздуха в оболочке легкого), кровотечение после биопсии, бронхоспазм (сужение бронхов),пневмония (воспаление легких), аллергические реакции на лекарственные препараты, вводимые с целью успокоения и обезболивания,иное:

_____ ;
-при проведении фиброколоноскопии, ректороманоскопии: боли в животе, тошнота, рвота, кровянистые выделения из прямой кишки, перфорация (прободение стенки органа),аллергические реакции на лекарственные препараты, вводимые с целью успокоения и обезболивания,иное:

- при проведении цистоскопии : _____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства, и я предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства: **невозможность установления диагноза и определения лечебной тактики, иное:**

Я имел возможность задать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы, понял (а) всю представленную информацию.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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, в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дополнительная информация: _____

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показано :

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

" ____ " _____ г.
(дата оформления)