

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РД
Диагностический центр г. Махачкала
Кабинет ЭНДОСКОПИИ

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Пациента на медицинское вмешательство

(диагностическое исследование, манипуляцию, процедуру)

Основание: статьи 31,32,33 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22.07.93. №45487-1

Мне _____
(Ф.И.О., год рождения)

разъяснена необходимость проведения диагностического исследования – Фиброколоноскопия, его суть и цель. А именно, исследование проводится, после предварительной подготовки кишечника (фортранс или очистительные клизмы со слабительным). Эндоскоп, предварительно подвергнутый дезинфекции высокого уровня (согласно приказу МЗ РФ Методические указания МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним»), проводится в полость толстого кишечника. Путем продвижения аппарата до купола слепой кишки, осматривается слизистая всего толстого кишечника. В результате осмотра может возникнуть необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий: взятия кусочка слизистой (биопсии) для микроскопического его изучения с целью более достоверного установления диагноза, остановки кровотечения, различные лечебные манипуляции.

Перед исследованием я прошел(а) беседу и осмотр врача. Мне разъяснено, что отказ от исследования, при отсутствии противопоказаний, может привести к неправильной установке диагноза лечащим врачом, что может повлиять на назначение терапии и исход заболевания

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, что полученные сведения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа. Я добровольно даю согласие на проведение **фиброколоноскопии**.

Дата _____ Пациент _____ Врач-эндоскопист _____

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РД
Диагностический центр г. Махачкала Кабинет ЭНДОСКОПИИ
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Пациента на медицинское вмешательство (диагностическое исследование, манипуляцию, процедуру)
Основание: статьи 31,32,33 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22.07.93. №45487-1

Мне, _____

(Ф.И.О., год рождения)

разъяснена необходимость проведения диагностического исследования - Фиброэзофагогастродуоденоскопия, его суть и цель. А именно, исследование проводится натощак, после предварительного обезболивания слизистой зева с целью уменьшения рвотного рефлекса. Эндоскоп, предварительно подвергнутый дезинфекции высокого уровня (согласно приказу МЗ РФ Методические указания МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним»), проводится в полость пищевода, далее в желудок и двенадцатиперстную кишку. Путем продвижения аппарата до 12п. кишки и назад, осматривается слизистая пищевода, желудка и 12п.к. В результате осмотра может возникнуть необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий: взятия кусочка слизистой (биопсии) для микроскопического его изучения с целью более достоверного установления диагноза, остановки кровотечения.

Перед исследованием я прошел(я) беседу и осмотр врачом, назначившим исследование, допустившим меня по состоянию здоровья к данному исследованию. Мне разъяснено, что фиброэзофагогастродуоденоскопия связана с риском, возможными осложнениями и неблагоприятными последствиями, а именно: возникновение аллергической реакции на анестетик, рвоты с забросом в бронхи, в случае если я скрыл(а) что поел(а); наличием осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы при наличии высокой артериального давления, сердечной и дыхательной недостаточности. Мне разъяснено, что отказ от исследования, при отсутствии противопоказаний, может привести к неправильной установке диагноза лечащим врачом, что может повлиять на назначение терапии и исход заболевания.

Мне известно, что ФГДС будет проводиться под местной анестезией с орошением слизистой зева раствором 10% лидокаина, аллергических реакций на данное лекарственное вещество нет.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, что полученные сведения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа. Я добровольно даю согласие на проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии с проведением анестезии, без анестезии (ненужное зачеркнуть).

Дата _____

Пациент _____

Врач-эндоскопист _____

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РД
«Диагностический центр г. Махачкала»

Кабинет ЭНДОСКОПИИ
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Пациента на медицинское вмешательство (диагностическое исследование, манипуляцию, процедуру)
Основание: статьи 31,32,33 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 22.07.93. №45487-1

Мне, _____
(Ф.И.О., год рождения)

разъяснена необходимость проведения диагностического исследования – Фиброларингоскопия и бронхоскопия, его суть и цель. А именно, исследование проводится после предварительного обезболивания слизистой зева и носа с целью уменьшения кашлевого рефлекса. Эндоскоп, предварительно подвергнутый дезинфекции высокого уровня (согласно приказу МЗ РФ Методические указания МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним»), проводится в полость носа, гортани, далее в трахею и бронхи. Путем продвижения аппарата до сегментарных бронхов, осматривается слизистая бронхиального дерева. В результате осмотра может возникнуть необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий: взятия кусочка слизистой (биопсии) для микроскопического его изучения с целью более достоверного установления диагноза, остановки кровотечения.

Перед исследованием я прошел(я) беседу и осмотр врачом, назначившим исследование, допустившим меня по состоянию здоровья к данному исследованию. Мне разъяснено, что бронхоскопия и ларингоскопия связана с риском, возможными осложнениями и неблагоприятными последствиями, а именно: возникновение аллергической реакции на анестетик; наличием осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы при наличии высокою артериального давления, сердечной и дыхательной недостаточности. Мне разъяснено, что отказ от исследования, при отсутствии противопоказаний, может привести к неправильной установке диагноза лечащим врачом, что может повлиять на назначение терапии и исход заболевания.

Мне известно, что бронхоскопия и ларингоскопия будет проводиться под местной анестезией с орошением слизистой зева и носа раствором 10% лидокаина, аллергических реакций на данное лекарственное вещество нет.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, что полученные сведения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа. Я добровольно даю согласие на проведение бронхоскопии и ларингоскопии с проведением анестезии, без анестезии (ненужное зачеркнуть).

Дата _____ Пациент _____

Врач-эндоскопист

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012г. № 1177н

Форма

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые
граждане дают информированное добровольное согласие при
выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ »

(дата оформления)

_____ Г.

Министерство здравоохранения Республики Дагестан
Государственное бюджетное учреждение
Республики Дагестан
«Диагностический центр г. Махачкала»

367003, г. Махачкала, ул. Нахимова, 22, тел. (8722) 67-01-02, E-mail: gmdc@mail.ru

« ____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

Информированное добровольное согласие на проведения исследования

Рентгеновская компьютерная томография _____
(указать область исследования)

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Пол М ___ Ж ___ Вес _____ Контактный телефон _____

Я проинформирован(а) о том, что данное исследование сопровождается рентгеновским излучением.
Я информирован(а) о возможности проведения дополнительного исследования с внутривенным введением йодсодержащего рентгеноконтрастного вещества, вследствие чего произойдет удорожание процедуры.

Аллергия на йодсодержащие препараты является противопоказанием для проведения исследования с внутривенным контрастированием!

ВАЖНО!!! Перед исследованием с внутривенным контрастированием:

- если Вы принимаете бигуаниды (Метформин, Глюкофан, Глибомет) для снижения уровня глюкозы в крови, то их прием следует прекратить за 48 часов перед исследованием;
- если Вы проходите лечение интерлейкином-2, сообщите об этом врачу, проводящему исследование, т.к. возможность развития побочных реакций после исследования с внутривенным контрастированием увеличивается;
- если Вы страдаете тиреотоксикозом, для проведения рентгеновской компьютерной томографии с использованием йодсодержащего контрастного вещества, необходимо проконсультироваться с вашим эндокринологом;
- при наличии у Вас почечной недостаточности или застойной сердечной недостаточности, сообщите об этом врачу, который будет проводить исследование. При этом необходимо проконтролировать уровень креатина в сыворотке крови.

- сообщите врачу, проводящему исследование, о наличии у Вас различного рода аллергических реакций;

Я подтверждаю, что не страдаю заболеваниями и не принимаю никаких лекарственных средств и иных химических препаратов, которые могут осложнить проводимое исследование.

ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ-----НЕ ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) на проведения исследования.

Я подтверждаю, что не имею аллергической реакции на йодсодержащие препараты.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении йодсодержащего контрастирующего препарата (индивидуальной непереносимости), а также о медицинских мероприятиях, которые могут быть проведены вследствие развития подобных (аллергических) осложнений (вплоть до реанимационных).

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, т.к. информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развития плода.

Дополнительные сведения:

1. Проводилось ли раньше КТ-исследование с внутривенным введением контрастирующего препарата

ДА _____ НЕТ _____?

2. Аллергические реакции (на что и как проявились): _____

Согласие пациента на исследование получено _____ (_____), дата _____
подпись Ф.И.О.

Врач: _____ (_____), дата _____
подпись Ф.И.О.