



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, _____
Паспорт: выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я обратил(ся) за медицинской помощью
(диагностической, лечебно-профилактической, консультативной, реабилитационной) в
эндоскопический кабинет ООО «Апрель Сельма».

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа,
положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие и прошу о
проведении мне (представляемому мной лицу) следующего(их) исследования(ий) и манипуляция(ий)
(выбранные подчеркнуть):

- Эзофагогастродуоденоскопия лечебно-диагностическая (ЭГДС)
- Биопсия при проведении ЭГДС*
- Толстокишечная видеондоскопия (Колonosкопия) лечебно- диагностическая
- Биопсия при проведении колonosкопии*
- Эндоскопическая полипактомия*

* При наличии/возникновении медицинских показаний, в том числе экстренных, выявившихся во время
исследования, решение о необходимости данной или дополнительных манипуляций может быть
принято врачом- эндоскопистом самостоятельно.

Настоящим подтверждаю, что:

Я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего(их) мне (представляемому)
исследования(ий) и манипуляция(ий), а также о том, что мне (представляемому) предстоит сделать во
время их проведения.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе
вышеуказанных исследований/манипуляций, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено, и я осознаю, что объем и качество полученной при эндоскопическом

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) лица при подписании согласия законным представителем)
(указанного в случае проживания не по месту регистрации)

_____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения лица при подписании согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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 организацией для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390п
(далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) для получения первичной медико-санитарной
помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь
(ненужное зачеркнуть)

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск,
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а
также прогнозируемые 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 2011 г.
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выборе(их) (выбранных) мною лице (лицех), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5
статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

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

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

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

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

_____ " _____ " _____ г.
(дата оформления)

исследованиями информации во многом зависит от результата проведенной мной самостоятельно подготовленной информации заранее представленным мне рекомендациям.

Я понимаю, что вследствие значительного разнообразия анатомического и морфологического строения тканей, а также актуального состояния органов и условий проведения эндоскопических манипуляций проб, полученные при проведении биопсии, могут содержать недостаточную информативную материала для получения однозначного заключения патоморфологических (гистологических)/цитологических исследований, что может потребовать проведения повторного обследования.

Я осознаю, что во время исследования(ий) и манипуляции(ий) могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что врач самостоятельно примет решение о проведении необходимых мероприятий.

Я предупрежден (предупреждена) об известных факторах риска и понимаю, что проведение исследования/манипуляции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушения целостности стенки органа желудочно-кишечного тракта, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев, в том числе при недостаточно эффективной самостоятельной подготовке, а также в связи с возможными осложнениями или особенностями состояния моего здоровья может возникнуть необходимость проведения повторных эндоскопических манипуляций, и даю на это свое согласие.

Я понимаю, что эндоскопические манипуляции могут сопровождаться неприятными ощущениями (дискомфорт, боль, ощущение распирания и вздутия и т.п.) как во время проведения исследования, так и в продолжении некоторого времени после него.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных с состоянием моего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах.

Я согласен (согласна) на запись хода эндоскопических манипуляций на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинскими образованияем исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мной получены рекомендации по моим действиям после проведения эндоскопических исследований/манипуляций, в частности о том, что мне (предоставляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от назначенного лечения, соблюдения рекомендаций медицинских работников, а также бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства.

ФИО пациента: _____ ФИО врача _____

Подпись пациента: _____ Подпись врача _____

Дата « ____ » _____ 202 ____ г. Дата « ____ » _____ 202 ____ г.

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения нервной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкусия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Невязывные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Невязывные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэознефалография, электроэнцефалография, кардиотокмография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрискожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
В ТОМ ЧИСЛЕ ОПЕРАЦИЮ**

Ф.И.О. _____
Законный представитель _____
Дата рождения _____
Предполагаемый объем оперативного вмешательства _____

Мне лично была дана в полном объеме и в доступной для меня форме всесторонняя информация о: 1) цели; 2) характере; 3) обезболивании; 4) способах диагностических и лечебных медицинских вмешательства, а также исчерпывающая информация о результатах моего обследования в связи с предстоящей операцией.

Разъяснения по виду, характеру и объему планируемой операции и связанных с ней вероятных осложнений и возможных медико-социальных и психологических последствий для меня были даны мне лично, в полном объеме и доступной форме при личной беседе с лечащим врачом.

Информирование меня имело предварительный характер, и у меня было достаточно времени на размышления относительно предложенного варианта лечения, у меня больше нет вопросов после того, как мне были даны исчерпывающие и понятные мною ответы.

Лечение проводится в соответствии с диагнозом, поставленным на предварительном осмотре. Учитывая, что диагностика (компьютерная томограмма, рентген) и объективный осмотр могут быть затруднены или невозможны из-за недостаточной контактности пациента, лечение может проводиться по более сложному диагнозу.

Также были обсуждены альтернативные виды медицинской помощи и возможные, связанные с ними последствия и осложнения.

Меня проинформировали о правильном режиме поведения до и после операции.

Мне было сообщено, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, которые потребуют изменить предполагаемый план оперативного вмешательства. В таком случае ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Мне также сообщили, что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции.

Я знаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, согласен с ними и понял.

Подписывая данный документ, я даю согласие на операцию и прошу лечащего врача, персонал клиники и больницы о ее проведении.

Подбор и проведение медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Сообщаю, что информация о состоянии моего здоровья может быть представлена (кому): _____

Подпись пациента или законного представителя _____
« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись лечащего врача _____
« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись зав. Отделением (руководителя клиники) _____
« _____ » _____ 20 ____ г.

**Информированное добровольное согласие на
анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

1) Я, _____

(полностью указать: Ф.И.О. лица, подписывающего настоящий документ)
даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Апрель Сетьма» (далее – Исполнитель) на проведение мне/лицу, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), _____ (далее – Пациент),

(полностью указать: Ф.И.О. лица, которому оказывается медицинская услуга)
медицинского вмешательства с использованием следующих методик анестезиологического пособия _____ (далее – Пациент),

(указать применяемый метод анестезии) _____ (далее именуется – Анестезия).

2) В целях проведения Анестезии доведена до моего сведения и мне разъяснена Исполнителем следующая информация:

а) Мною получена от Исполнителя, в доступной форме и в полном объеме, и разъяснена мне вся необходимая информация о возможных и фактически применяемых в данном случае способах проведения Анестезии, а также о ее целях, характере, методах, о связанных с нею рисках и возможных последствиях, в том числе – неблагоприятных, о предполагаемых результатах ее применения.

б) Я предупреден(а) о факторах риска при Анестезии и осознаю, что проведение Анестезии может быть сопряжено с риском нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем и других систем жизнедеятельности организма.

в) Мне разъяснено Исполнителем, что результат Анестезии обусловлен биологическими и анатомическими особенностями организма.

г) Мне разъяснено, и я осознаю, что во время проведения Анестезии возможны непредвиденные обстоятельства и осложнения, в случае возникновения которых я даю свое согласие на то, что вид и тактика Анестезии могут быть изменены медицинскими работниками Исполнителя, проводящими Анестезию, по их усмотрению.

д) Мне разъяснено, что прием наркотических, психотропных веществ и алкоголя, а также веществ, препаратов, субстанций, содержащих указанные составляющие (наркотики, алкоголь), н е с о в м е с т и м с Анестезией и абсолютно исключает ее проведение.

е) Мне разъяснено медицинским работником Исполнителя о правилах поведения во время Анестезии.

ж) Мне разъяснены и предоставлены в письменном виде медицинским работником Исполнителя рекомендации и требования (врачебные назначения), которые необходимо соблюдать после Анестезии и обеспечиваемого ею медицинского вмешательства во избежание наступления негативных для здоровья последствий. Содержание данных требований и цель их соблюдения мне понятны.

3) Мне понятна сущность Анестезии и уникальность любого человеческого организма, поэтому я согласен(-сна) с тем, что никто не может заранее предсказать точный ход процесса Анестезии и ее результаты и последствия. Я понимаю, что Медицинский работник Исполнителя не может нести ответственность за не зависящие от его воли и квалификации обстоятельства, которые могут возникнуть в процессе Анестезии, в том числе за обострение ранее не диагностированных заболеваний.

и) Я ознакомлен(а) лично с содержанием вышеприведенных пунктов а) - з) настоящего документа, положения которых мне разъяснены Исполнителем и понятны.

3) Я поставил(а) в известность Медицинского работника Исполнителя об особенностях состояния своего здоровья/состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь (нужно подчеркнуть), заполнив Анкету анамнеза и сообщив Медицинскому работнику Исполнителя информацию, которая имеет значение в процессе Анестезии, в частности:

- о любых аллергических проявлениях (реакциях);
- об иных, в том числе - разовых, носящих нерегулярный характер, случаях индивидуальной непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов (их сочетания), средств бытовой химии, пылицы цветов и прочих средств, продуктов, веществ;

- обо всех известных мне случаях перенесенных заболеваний, операций, травм, о случаях ранее применявшегося анестезиологического обеспечения;

- об экологических и производственных факторах физического, химического, биологического и иного характера, фактически повлиявших либо потенциально способных повлиять на состояние здоровья (радиация, различного рода излучения, отравления и др.);

- о принимаемых лекарствах, средствах, не являющихся лекарствами (биологически активные добавки, витамины и др.), иных препаратах любого характера, принимаемых по назначению врачей и/или без такового, об используемых средствах народной медицины (травы, мази, настои, гранулы и др.);

- об иных характеристиках (состояниях) здоровья (самочувствия) и о случаях, о которых я считаю необходимым сообщить Медицинскому работнику Исполнителя в связи с проводимой Анестезией.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент:

Подпись (Ф.И.О. - полностью)

Медицинский работник Исполнителя:

«Подпись Пациента сделана в моем присутствии»:

Подпись (Ф.И.О. - полностью)



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, _____
Паспорт: выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным: _____

(Я и/о, ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я обратил(ся) за медицинской помощью
диагностической, лечебно-профилактической, консультативной, реабилитационной) в
эндоскопический кабинет ООО «Апрель Сельма».

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа,
полложения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие и прошу о
проведении мне (предоставляемому мной лицу) эндоскопического(их) исследования(ий) и манипуляций(ий)
выбранное подчеркнуть:

- Эзофагогастродуоденоскопия лечебно-диагностическая (ЭГДС)
- Биопсия при проведении ЭГДС*
- Толстокишечная видеэндоскопия (Колonosкопия) лечебно- диагностическая
- Биопсия при проведении колonosкопии*
- Эндоскопическая полипектомия*

При наличии/возникновении медицинских показаний, в том числе экстренных, выявляющихся во время
исследования, решение о необходимости данной или дополнительных манипуляций может быть
принято врачом- эндоскопистом самостоятельно.

Настоящим подтверждаю, что:

Я ознакомлен (ознакомлена) с характером предоставляемого(их) мне (предоставляемому)
исследования(ий) и манипуляций(ий), а также о том, что мне (предоставляемому) предстоит сделать во
ремя их проведения.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе
вышеуказанных исследований/манипуляций, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено, и я осознаю, что объем и качество полученной при эндоскопическом

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
в отпадении _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

_____ (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 виды медицинских вмешательств, выполнение 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 2012 г. N 390п
(далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной
помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь
(лицу/лицаме завершить)

Медицинским работником _____ (наименование медицинского учреждения)
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
и доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанной с ним риск,
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а
также предопределяемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я лично 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 2011 г.
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5
статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 (лицу/лицаме завершить), в том числе после смерти:

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

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

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

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

_____ г.
(дата оформления)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
В ТОМ ЧИСЛЕ ОПЕРАЦИЮ**

Ф.И.О. _____
Законный представитель _____
Дата рождения _____
Предполагаемый объем оперативного вмешательства _____

Мне лично была дана в полном объеме и в доступной для меня форме всесторонняя информация о: 1) цели; 2) характере; 3) объемах вмешательства; 4) способах диагностических и лечебных медицинских вмешательства, а также исчерпывающая информация о результатах моего обследования в связи с предстоящей операцией.

Разъяснения по виду, характеру и объему планируемой операции и связанных с ней вероятных осложнений и возможных медико-социальных и психологических последствий для меня были даны мне лично, в полном объеме и доступной форме при личной беседе с лечащим врачом.

Информирование меня имело предварительный характер, и у меня было достаточно времени на размышления относительно предложенного варианта лечения, у меня больше нет вопросов после того, как мне были даны исчерпывающие и понятные много ответов.

Лечение проводится в соответствии с диагнозом, поставленным на предварительном осмотре. Учитывая, что диагностика (компьютерная томограмма, рентген) и объективный осмотр могут быть затруднены или невозможны из-за недостаточной контактности пациента, лечение может проводиться по более сложному диагнозу.

Также были объяснены альтернативные виды медицинской помощи и возможности, связанные с ними последствия и осложнения.

Меня проинформировали о правильном режиме поведения до и после операции.

Мне было сообщено, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, которые потребуют изменить предполагаемый план оперативного вмешательства. В таком случае ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Мне также сообщили, что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции.

Я знаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, согласен с ними и понял.

Подписывая данный документ, я даю согласие на операцию и прошу лечащего врача, персонал клиники и больницы о ее проведении.

Подбор и проведение медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Сообщаю, что информация о состоянии моего здоровья может быть представлена (кому): _____

Подпись пациента или законного представителя _____

« _____ » 20 ____ г.

Подпись лечащего врача _____

« _____ » 20 ____ г.

Подпись зав. Отделением (руководителя клиники) _____

**Информированное добровольное согласие на
анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

1) Я, _____

(полностью указать: Ф.И.О. лица, подписывающего настоящий документ)

даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Анрель Сельма» (далее – Исполнитель) на проведение мне/лицу, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), _____ (далее – Пациент),

(полностью указать: Ф.И.О. лица, которому оказывается медицинская услуга)

медицинского вмешательства с использованием следующих методик анестезиологического пособия _____ (далее именуется – Анестезия).

(указать применяемый метод анестезии)

2) В целях проведения Анестезии доведена до моего сведения и мне разъяснена Исполнителем следующая информация:

а) Мною получена от Исполнителя, в доступной форме и в полном объеме, и разъяснена мне вся необходимая информация о возможных и фактически применяемых в данном случае способах проведения Анестезии, а также о ее целях, характере, методах, о связанных с ней рисках и возможных последствиях, в том числе – неблагоприятных, о предполагаемых результатах ее применения.

б) Я предупрежден(а) о факторах риска при Анестезии и осознал, что проведение Анестезии может быть сопряжено с риском нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем и других систем жизнедеятельности организма.

в) Мне разъяснено Исполнителем, что результат Анестезии обусловлен биологическими и анатомическими особенностями организма.

г) Мне разъяснено, и я осознал, что во время проведения Анестезии возможны непредвиденные обстоятельства и осложнения, в случае возникновения которых я даю свое согласие на то, что вид и тактика Анестезии могут быть изменены медицинскими работниками Исполнителя, проводящими Анестезию, по их усмотрению.

д) Мне разъяснено, что прием наркотических, психотропных веществ и алкоголя, а также веществ, препаратов, субстанций, содержащих указанные составляющие (наркотики, алкоголь), н е с о в м е с т и м с Анестезией и абсолютно исключает ее проведение.

е) Мне разъяснено медицинским работником Исполнителя о правилах поведения во время Анестезии.

ж) Мне разъяснены и представлены в письменном виде медицинским работником Исполнителя рекомендации и требования (врачебные назначения), которые необходимо соблюдать после Анестезии и обеспечиваемого ею медицинского вмешательства во избежание наступления негативных для здоровья последствий. Содержание данных требований и цель их соблюдения мне понятны.

исследовании информации во многом зависит от результата проведенной мной самостоятельно подготовкой заранее представленных мне рекомендациям.

Я понимаю, что вследствие значительного разнообразия анатомического и морфологического строения тканей, а также актуального состояния органов и узловый проведения эндоскопических манипуляций пробы, полученные при проведении биопсии, могут содержать недостаточно информативного материала для получения однозначного заключения патоморфологических (гистологических)/цитологических исследований, что может потребовать проведения повторного обследования.

Я осознаю, что во время исследования(ий) и манипуляция(ий) могут возникнуть непредвиденные осложнения и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что врач самостоятельно примет решение о проведении необходимых мероприятий.

Я предупрежден (предупреждена) об известных факторах риска и понимаю, что проведение исследования/манипуляции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушения целостности стенки органов желудочно-кишечного тракта, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев, в том числе при недостаточно эффективной самостоятельной подготовке, а также в связи с возможными осложнениями или особенностями состояния моего здоровья может возникнуть необходимость проведения повторных эндоскопических манипуляций, и дано на это свое согласие.

Я понимаю, что эндоскопические манипуляции могут сопровождаться неприятными ощущениями (дискомфорт, боль, ощущение распирания и вздутия и т.п.) как во время проведения исследования, так и в продолжении некоторого времени после него.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных с состоянием моего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах,

Я согласен (согласна) на запись хода эндоскопических манипуляций на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинскими образованияем исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мной получены рекомендации по моим действиям после проведения эндоскопических исследований/манипуляций, в частности о том, что мне (предоставляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от назначенного лечения, соблюдения рекомендаций медицинских работников, а также бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена), мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства.

ФИО пациента: _____ ФИО врача _____

Подпись пациента: _____ Подпись врача _____

Дата « ____ » _____ 202 ____ г. Дата « ____ » _____ 202 ____ г.

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

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкусия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Невизуальные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Невизуальные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирометрия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, респираторграфия, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрискожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.