

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(проведение инвазивного исследования, вмешательства, операции)**

Я, пациент (ФИО) \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
паспорт: \_\_\_\_\_,

достигший 15 лет, обратившийся в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получил (а) от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю при этом свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в Медицинском центре и готов их оплатить.

2. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и необходимость проведения инвазивного (вмешательства с проникновением в организм, нарушением кожного покрова) медицинского вмешательства для лечебных и/или диагностических целей.

3. Я даю своё согласие на проведение мне следующего вида инвазивного исследования, вмешательства, лечения:

☐ **Видеоэзофагогастродуоденоскопия под местной анестезией раствором лидокаина гидрохлорида 10%**

☐ **Видеоэзофагогастродуоденоскопия под в\в седацией**

4. Мне разъяснено, что в зависимости от полученного результата диагностического исследования мне может потребоваться другое, более информативное в моей ситуации, исследование или проведение того же исследования повторно через определённое время и готов (а) его оплатить. Я доверяю принятие решения в этом вопросе своему лечащему врачу или врачу, проводящему исследование.

5. Мне разъяснено, что исследование позволяет провести биопсию, на что я даю свое согласие. Я информирован(а), что количество необходимых биопсий определяется в процессе исследования врачом, проводящим исследование. Я доверяю своему лечащему врачу или врачу, проводящему исследование, принятие решения по количеству необходимых дополнительных биопсий, и готов(а) их оплатить.

6. Мне разъяснено, что окончательный исход медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма, связанных с этим процессов заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или вовремя его.

7. Мне разъяснено, что при проведении медицинского вмешательства, в ближайшем или отдалённом периоде могут возникнуть различные осложнения и последствия: аллергические реакции, инфекционные осложнения, нарушения со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, другие последствия вплоть до потери трудоспособности и летального исхода. Врач информировал меня об основных осложнениях и о способах их устранения. При этом я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим.

8. Я поставил(а) в известность врача 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Я даю согласие на проведение медицинского вмешательства под анестезией и на возможность изменения анестезиологического пособия в зависимости от складывающейся при медицинском вмешательстве ситуации. О степени анестезиологического риска предупрежден(а) и осознаю его.

10. Я согласен(на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия и привлекать соответствующих медицинских специалистов, которых оперирующий врач сочтёт необходимым.

11. Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала диагностического исследования. Содержание и цель настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Решение о проведении мне медицинского вмешательства принято мной добровольно, без навязывания мне чьей-либо воли.

Я \_\_\_\_\_  
**Не принимаю антикоагулянтные и антиагрегантные препараты в течении 7 дней, ранее у меня не наблюдались длительные кровотечения, патологии в свертывающей системе крови выявлено не было** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.  
(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2013 г.**