

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**(проведение ректороманоскопия)**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,*  *несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет*  Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент) |

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные 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 заболевания моего / моего ребенка и необходимость проведения медицинского вмешательства для диагностических целей. Предварительно мной была получена полная информация о мероприятиях, которые необходимо выполнить до проведения исследования, памятка о подготовке к исследованию мной получена.

3. Я даю своё согласие на проведение медицинского вмешательства в виде **Ректороманоскопии**.

Мне разъяснено, что ректороманоскопия (РРС) – вид эндоскопического обследования толстой кишки при помощи жёстких тубусов с волоконной оптикой (пластиковая трубка диаметром \_\_\_\_ мм. и длиной \_\_\_\_ мм.), вводимого через прямую кишку (задний проход). Обследование позволяет исследовать слизистую оболочку прямой кишки, провести биопсию пораженной ткани, оценить эффективность лечения. РРС проводится после предварительной очистки кишечника.

Исследование выполняется в коленно-грудном положении, иногда лежа на левом боку.

Протяжённость осмотренной кишки во многом зависит от возраста, составляет от 10 до 20 см.

**Показаниями** к РРС являются: длительные запоры, диарея, энкопрез (неудержание кала), боли в области промежности, выделения крови, гноя, слизи из анального отверстия, подозрение на опухолевидное образование в прямой кишке, необходимость взятия биопсии, наблюдение за эффективностью лечения.

**Противопоказаниями** для РРС являются: абсолютных противопоказаний к проведению ректороманоскопии нет, однако, существуют состояния, при наличии которых исследование необходимо отложить на некоторое время, пока состояние человека не улучшится. К таким относительным противопоказаниям к ректороманоскопии относятся следующие состояния и заболевания: профузное кровотечение из кишки; сужение просвета кишечника (врожденное или приобретенное); острые воспалительные заболевания анального канала (парапроктит, тромбоз геморроидальных узлов) и органов брюшной полости; острая анальная трещина; острый период ожогов (химических и температурных); тяжелые заболевания сердца в стадии декомпенсации; тяжелое общее состояние пациента. Я сообщил врачу о всех известных мне противопоказаниях в выполнению РРС.

РРС проводится без обезболивания и седации.

**Альтернативный метод диагностики**: колоноскопия. Необходимый метод исследования определяется лечащим врачом.

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 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 во время его.

**6. Мне разъяснено, что при проведении медицинского вмешательства, в ближайшем или отдалённом периоде могут возникнуть различные осложнения и последствия. Наиболее серьезные из них:**

**- травматическое повреждения стенки кишечника вплоть до перфорация (разрыва) стенки кишечника. Обычно бывают связаны с изменением стенок кишечника (например, опухоль на фоне предперфоративного состояния при глубоких эрозиях и язвах кишечника),**

**- кишечное кровотечение (например, после удаления полипов, биопсии),**

**- разрыв селезенки,**

**-обострение заболеваний анального канала, абсцесс и свищ анального канала, травма анального канала,**

**- нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы,**

**- анафилактический шок,**

**- аллергические реакции**

**При наличии признаков любого из указанных осложнений мне следует немедленно сообщить врачу и вызвать скорую медицинскую помощь.**

**Кроме того, после проведения процедуры РРС возможен кратковременный подъём температуры до субфебрильных цифр, а также ощущение боли, тяжести и повышенного скопления газов в животе в течение двух суток после процедуры.**

**Возможны 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**.

7. 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. Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

8. Я подтверждаю, что врачом Медицинского центра мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации. Я информирован(а): о предстоящем вмешательстве; показаниях к нему; связанном с вмешательством риске; о методе обезболивания; альтернативном методе исследования. Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом и недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего / моего ребенка организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства. Я признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от эндоскопического вмешательства оформляется соответствующий документ. В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствие с полученными дополнительными данными.

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

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

**Я / мой ребенок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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.**