

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и
пульмонологии»**

П Р И К А З

06 октября 2025 г.

№ 243

«Об утверждении форм согласия и отказа при обращении граждан за медицинской помощью в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»

В целях обеспечения выполнения требований ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 7 Федерального закона от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», Приказом Министерства и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" и приказом Министерства Здравоохранения РФ от 15.11.2012 №932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», Методических рекомендаций по утверждению информированных добровольных согласий на выполнение эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств от 2024 года.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы информированного добровольного согласия:
 - 1.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в условиях амбулаторно-поликлинического отделения (Приложение 1);
 - 1.2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение 2);
 - 1.3. Отказ от медицинского вмешательства (Приложение 3).

- 1.4. Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и ее компонентов (Приложение 4);
- 1.5. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства №1 (Приложение 5);
- 1.6. Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на дыхательных путях (Приложение 6).
- 1.7. Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на верхних отделах желудочно-кишечного тракта. (Приложение 7).
- 1.8. Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на нижних отделах желудочно-кишечного тракта. (Приложение 8).
- 1.9. Информированное добровольное согласие на выполнение эндоскопической ультрасонографии. (Приложение 9).
2. Заведующим обособленных структурных подразделений ГБУЗ РК «КРКЦФиП» ввести в работу данные виды форм.
3. Считать утратившим силу приказ ГБУЗ РК «КРКЦФиП» от 04.04.2024 г. №114.
4. Начальнику отдела информатизации Князеву В.В. разместить настоящий приказ на официальном сайте ГБУЗ РК «КРКЦФиП».
5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Козыкину В.И.

Главный врач

Н.Н. Аухадиев

Согласовано:

Юрисконсульт

Д.А. Мокрецова

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в условиях амбулаторно-поликлинического отделения

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

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

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу:

_____ (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 организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (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). В том числе на оказание противотуберкулезной помощи, направленной на выявление и профилактику туберкулеза, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение в Амбулаторном отделении;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Также я информирован о том, что результаты тестов исследований на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов могут быть как ложно отрицательными, так и ложно положительными. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, ФИО (при наличии) 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».

Я проинформирован, что:

- туберкулезом часто заболевают лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом;
- туберкулез значительно ухудшает состояние здоровья и может приводить к смерти;
- по состоянию моего здоровья я должен проходить обязательные обследования и лечение с целью выявления и профилактики туберкулеза;
- по состоянию моего здоровья я должен пройти дополнительные обследования с целью выявления туберкулеза;
- по состоянию моего здоровья назначаемые мне препараты необходимы для предотвращения моего заболевания туберкулезом;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение бактерий туберкулеза в моем организме;
- чем лучше я буду соблюдать сроки обследования и режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что я заболею туберкулезом;
- все назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирован;
- если вследствие проведения профилактического лечения возникнет угроза моей жизни и здоровью, лечение может быть прекращено по решению моего лечащего врача.

Я обязуюсь:

- проходить по назначению моего лечащего врача медобследование и профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов;
- находиться под наблюдением и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за лицами, находящимися под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;
- проходить медобследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, сдавать анализы, проходить рентгенологическое обследование;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием моего лечащего врача;
- сообщать моему лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;
- сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с моим лечащим врачом, назначившим мне лекарственные препараты, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом моему лечащему врачу;
- соблюдать санитарно-эпидемиологические правила и гигиенические нормативы, установленные для лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;
- не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

- *Я согласен (согласна) на участие в лечебно-диагностических действиях других медицинских работников (не штатных сотрудников _____), студентов медицинских вузов и колледжей, а также лиц, проходящих послевузовское обучение, либо лиц к ним приставленных, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

(в случае возражения по разделу (*) в графе данного раздела подпись, поставить – НЕТ)

- Я извещен (а), что в случае нарушения мной предписанных и (или) рекомендованных лечащим врачом назначений (методов лечения), а также курения, употребления алкогольных и (или) токсических, и (или) психотропных и наркотических веществ, ответственность за возможные последствия несет пациент _____/подпись/.

- 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. №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:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. _____ | _____ |
| (Ф.И.О. при наличии) | (контактный телефон) |
| 2. _____ | _____ |
| (Ф.И.О. при наличии) | (контактный телефон) |
| 3. _____ | _____ |
| (Ф.И.О. при наличии) | (контактный телефон) |
| 4. _____ | _____ |
| (Ф.И.О. при наличии) | (контактный телефон) |

Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение.

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

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

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

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

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Поставлен (а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение

_____ (указать название или профиль отделения)

- настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 22 Федерального закона Российской Федерации «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии своего здоровья или здоровья

_____ (Ф. И. О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- 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 2012 г. №390н (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).

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Также я информирован о том, что результаты тестов

исследований на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов могут быть как ложно отрицательными, так и ложно положительными. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Медицинским работником _____

(должность, ФИО (при наличии) 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».

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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я _____ согласен (а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323, даю **свое согласие на госпитализацию.**

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____

(фамилия, имя, отчество)

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. №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:

1. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)
2. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на госпитализацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

(подпись)

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

(подпись)

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

" ____ " ____ Г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

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

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем)

При оказании мне (представляемому лицу) первичной медико – санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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.
№390н: _____

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных
видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания
(состояния) _____

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (ых) вида (видов) медицинского вмешательства, в
том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких
видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею
право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды)
медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления:

« _____ » _____ 20 _____ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**

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)

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(название медицинского вмешательства)
и прошу персонал медицинской организации о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (поставила) 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 том числе 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто- (собственной) крови и ее компонентов.

Я, _____, согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто- (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

врач _____ (подпись)
(должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум; при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя медорганизации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум; при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя медорганизации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: _____

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф. И. О. и подпись _____

Должность, Ф. И. О. и подпись _____

Должность, Ф. И. О. и подпись _____

«__» _____ 20__ года

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение
медицинского вмешательства №1**

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, _____ (Ф.И.О. – полностью)
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)

находясь на лечении (обследовании) в отделении

_____ (название отделения, номер палаты)
Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

_____ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения. Мой врач объяснил риски этой процедуры, предложил мне альтернативные методы лечения, и рассказал мне об ожидаемых результатах и что может произойти, если не проводить лечение. Я также понимаю, что анестезиологические услуги необходимы и что мой врач может выполнить процедуру.

- Мне было объяснено, что все формы анестезии связаны некоторым риском и никаких гарантий или обещаний не могут быть сделаны относительно результатов моей процедуры или лечения. Несмотря на редкие, неожиданные тяжелые осложнения при анестезии могут произойти и включают отдаленную возможность *инфекций, кровотечений, лекарственных реакций, тромбозов, потери чувствительности, потери функций конечности (ей), паралич, инсульт, повреждение головного мозга, нарушения ритма сердца или смерть*. Я понимаю, что эти риски применимы ко всем формам анестезии и что дополнительные или специфические риски указаны ниже, поскольку они могут применяться к определенному типу анестезии. Я понимаю какой будет использоваться тип(ы) анестезии. Я понимаю какой будет использоваться тип(ы) анестезии, что проверили до моей процедуры, и что анестезия представленная далее будет

использоваться для моей операции и выбранная анестезиологическая тактика, которая будет использоваться определяется многими факторами, в том числе и моим физическим состоянием.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению. При проведении процедуры анестезиолог будет учитывать рекомендации хирурга и мои собственные предпочтения. Мне было объяснено, что иногда метод анестезии, который предполагает использование местной анестезии с седацией или без нее, может быть неудачен, следовательно, техника наркоза может измениться, в т.ч. может быть использован общий наркоз.

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Врач _____ информировал меня о технике, ожидаемых результатах и рисках предлагаемого мне вида анестезии (подчеркнуть):

Общий наркоз	Ожидаемый результат	Общее состояние без сознания, возможно размещение трубки в трахею
	Техника	Препараты вводятся внутривенно или ингаляционно, или вводятся другими путями
	Риски	Боль во рту и горле, хрипота, повреждение во рту или зубов, интраоперационное пробуждение, повреждение кровеносных сосудов, аспирация, пневмония
Спинальная или эпидуральная анестезия	Ожидаемый результат	Временное снижение или потеря чувствительности и/или движение в нижней части тела
	Техника	Анестетик вводят через иглу/катетер расположенный либо непосредственно в спинномозговом канале или непосредственно рядом с ним
	Риски	Головная боль, боль в спине, шум в ушах, судороги, инфекции, постоянные слабость, онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов, «тотальный спинальный блок»

Большой /малый блок нерва	Ожидаемый результат	Временная потеря чувствительности и/или движения в конкретных конечности или области тела
	Техника	Анестетик вводят вблизи нервов, обеспечивающих

		потерю чувствительности в области операции
	Риски	Инфекции, судороги, слабость, постоянные онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов
Внутривенная местная анестезия с седацией без седации	Ожидаемый результат	Временная потеря чувствительности и/или движения конечности
	Техника	Анестетик вводят в вены руки или ноги с помощью жгута
	Риски	Инфекция, судороги, постоянное онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов
Контролируемая анальгезия (с седацией)	Ожидаемый результат	Снижение тревоги и боли, частичная или полная амнезия
	Техника	Анестетик вводят в кровь, ингаляционно через легкие, или другими путями, обеспечивая полубессознательное состояние
	Риски	Инфекция, судороги, постоянное онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов
Контролируемая анальгезия (без седации)	Ожидаемый результат	Измерение жизненно важных признаков, наличие анестезиологического обеспечения для дальнейшего вмешательства
	Техника	нет
	Риски	Повышение уровня тревоги и / или дискомфорт

Я также даю согласие на альтернативные виды анестезии, если это необходимо, или это будет сочтено целесообразным врачами.

Я подтверждаю и признаю, что я прочитал эту анкету или она была мне прочитана, я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты планируемой анестезии. У меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и принять решение.

« ____ » _____ 20 ____ г.

 подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Должность, Ф.И.О.)

 (подпись)

Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на дыхательных путях

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя пациента)

Дата рождения Пациента/законного представителя	
Адрес регистрации пациента/законного представителя	
Ф.И.О. недееспособного пациента и дата рождения	действует в интересах
Документ* , удостоверяющий личность законного представителя пациента, кем и когда выдан	
Документ* , удостоверяющий право представления интересов пациента	

** Указывается при заполнении согласия законным представителем пациента*

Просьба заполнить краткую анкету о состоянии Вашего здоровья!

Имеются ли у Вас:	Да, указать что именно	Нет✓
Аллергические реакции (на лекарства, продукты, др.), бронхиальная астма?		
Повышенная кровоточивость?		
Повышение давления, заболевания сердца, почек, легких, нервной системы?		
Съемные конструкции в ротовой полости (мосты, вставные челюсти)?		
(для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность		
Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие?		
Время последнего приема пищи, напитков		
Информация о состоянии моего здоровья достоверна	/подпись/	

1. Цель медицинской помощи: Эндоскопическое вмешательство, которое может включать как эндоскопическое исследование на дыхательных путях, так и эндоскопическое лечение.

2. Методы оказания медицинской помощи: Исследование выполняется при помощи эндоскопа, который проводится через рот (нос, трахеостому) для осмотра носа, ротогортаноглотки, трахеи, бронхов. Для уточнения диагноза могут применяться следующие

методики: хромокопия (метод окрашивания тканей), увеличительная эндоскопия, эндосонография (ультразвуковое эндоскопическое исследование), бронхоальвеолярный лаваж (промывание) и биопсия (получение образцов ткани), являющаяся стандартом диагностики многих заболеваний.

ВАЖНО! Бронхоальвеолярный лаваж может сопровождаться воспалительными реакциями, а биопсия- повреждением тканей в зоне ее выполнения, результаты могут оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование

Я даю ☐/не даю ☐ свое согласие на проведение биопсии

Я даю ☐/не даю ☐ свое согласие на проведение бронхоальвеолярного лаважа _____
/подпись/

При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний проводится эндоскопическое лечение с целью удаления новообразований, инородных тел, остановки кровотечений, лечения стриктур (сужений) и лечения нарушения целостности транхеобронхиального дерева различного генеза, в том числе с применением специализированного оборудования, инструментария, конструкций.

Подготовка: Эндоскопическое вмешательство выполняется натощак, следует воздержаться от приема пищи за 6-12 часов, напитков и курения минимум за 5 часов до него, при ряде заболеваний подготовка может отличаться, а также включать применение бронхолитиков. Для улучшения результатов исследования необходимо санировать полость носа. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после выполнения эндоскопического вмешательства необходимо согласовать с врачом.

Продолжительность: Оптимальная продолжительность первичного эндоскопического исследования составляет около 7 минут, при повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально.

Эндоскопическое вмешательство выполняется специалистом, имеющим сертификат/аккредитацию по специальности эндоскопия, специалистом, проходящим курс последиplomного образования, под руководством врача-эндоскописта, также могут дополнительно привлекаться специалисты-консультанты.

Переносимость: в большинстве случаев хорошая, но могут возникать ощущения нехватки воздуха, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущения боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

После эндоскопического вмешательства: Особенности диеты и продолжительность её соблюдения необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования/вмешательства под седацией не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу в течение суток. После эндоскопического лечения может потребоваться дополнительная медикаментозная терапия и мероприятия, направленные на профилактику развития осложнений (назначающиеся лечащим врачом).

При плохой подготовке, плохой переносимости процедуры, выявленных рисках развития нежелательных явлений после процедуры, невыполнении необходимых инструкций и рекомендаций врач имеет право отложить либо прекратить её выполнение.

3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи:

Предстоящая Вам процедура является инструментальным вмешательством, которое несёт в себе риски осложнений, в том числе: 1) повреждение тканей и органов; 2) кровотечение; 3) бронхоспазм; 4) гипоксия; 5) рефлексорные бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; 6)аллергические реакции; 7) инфекционные и другие более редкие осложнения. Также исследование может оказаться неинформативным, в т.ч. по техническим причинам.

4. Возможные варианты медицинского вмешательства:

Выполнение эндоскопического вмешательства с применением местного анестетика: для улучшения переносимости исследования необходимо проконсультироваться с врачом о необходимости дополнительного применения лекарственных препаратов.

Выполнение эндоскопического вмешательства под внутривенной седацией (наркозом): необходимо заранее (при записи на вмешательство) обговорить возможность, особенности, необходимое дообследование и возможные осложнения с эндоскопистом (лечащим врачом) и врачом анестезиологом-реаниматологом. Седация (наркоз) является дополнительным риском вмешательства и препятствует медицинскому персоналу адекватно оценивать состояние пациента.

Эндоскопическое заключение не является клиническим диагнозом. В силу различных причин постановка точного диагноза возможна не всегда, поэтому могут потребоваться дополнительные методы обследования; лучевые методы, выполнение пункции.

5. Возможные последствия медицинского вмешательства:

При эндоскопическом исследовании и лечении риски возникновения побочных явлений и осложнений могут достигать 1-15% соответственно, в редких случаях возможен летальный исход (менее 1%).

После эндоскопического вмешательства в течение суток может сохраняться ощущение онемения в горле, болезненность, кашель и слюноотделение, свистящие хрипы и осиплость голоса, привкус крови во рту и кровохарканье. При появлении неприятных, необычных ощущений после эндоскопического вмешательства (ухудшение дыхания, падение давления, резкое изменение пульса, появление боли, слабости, обильной примеси алой крови при кашле) необходимо своевременно связаться с врачом или организацией, оказывающей экстренную медицинскую помощь.

При невозможности выполнения полного объема диагностического/лечебного вмешательства, отсутствии должного лечебного эффекта, а также для коррекции возможных осложнений может потребоваться дообследование, госпитализация, повторное эндоскопическое, другое интервенционное или оперативное вмешательство, медикаментозное неотложное интенсивное лечение, наркоз.

6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

По результатам эндоскопического вмешательства может назначаться или корректироваться лечение.

В случае отказа от выполнения эндоскопического вмешательства: невозможна постановка корректного диагноза, возможно ухудшение состояния и прогрессирование имеющихся заболеваний, но исключаются риски, сопряженные с выполнением эндоскопического вмешательства.

Сама процедура эндоскопического вмешательства, данные, полученные при вмешательстве, в обезличенном виде могут быть использованы для научных и образовательных целей.

Я подтверждаю, что изложенная выше информация мне понятна и разъяснена, является исчерпывающей, со мной обсуждены последствия, в т.ч. отказа от эндоскопического вмешательства, мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления, а времени для принятия обдуманного решения было достаточно.

Я, по собственной инициативе, с учетом данных мне разъяснений врача о состоянии моего здоровья/здоровья представляемого пациента на данный момент, даю добровольное согласие (в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 20.11.2011г. №323-ФЗ) на:

(наименование медицинского вмешательства)

Я даю согласие и доверяю врачу выполнение эндоскопического вмешательства

/Ф.И.О. пациента/представителя пациента полностью/ /подпись/ /дата/

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии:

/Должность, Ф.И.О. врача (ей)/ /подпись/ /дата/

Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на верхних отделах желудочно-кишечного тракта

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя пациента - полностью)

Дата рождения пациента/законного представителя	
Адрес регистрации пациента/законного представителя	
Ф.И.О. недееспособного пациента и дата рождения	Действуя в интересах
Документ*, удостоверяющий личность законного представителя пациента, кем и когда выдан	
Документ*, удостоверяющий право представления интересов пациента	

** Указывается при заполнении согласия законным представителем пациента*

Просьба заполнить краткую анкету о состоянии Вашего здоровья!

Имеются ли у Вас:	Да, указать что именно	Нет✓
Аллергические реакции (на лекарства, продукты, др.), бронхиальная астма?		
Повышенная кровоточивость?		
Повышение давления, заболевания сердца, почек, легких, нервной системы?		
Съемные конструкции в ротовой полости (мосты, вставные челюсти)?		
(для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность		
Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие?		
Время последнего приема пищи, напитков		
Информация о состоянии моего здоровья достоверна	/подпись/	

- Цель медицинской помощи:** Эндоскопическое вмешательство, которое может включать, как эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так и эндоскопическое лечение.
- Методы оказания медицинской помощи:** Исследование выполняется при помощи эндоскопа, который проводится через рот (нос) для осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Для уточнения диагноза могут применяться дополнительные

методики: хромоскопия (метод окрашивания тканей), увеличительная эндоскопия, эндосонография (ультразвуковое эндоскопическое исследование) и другие методики, в т.ч. с применением специализированного оборудования, а также биопсия (получение образцов ткани), являющаяся стандартом диагностики многих заболеваний.

ВАЖНО! Биопсия может сопровождаться повреждением тканей в зоне ее выполнения, в результате оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование.

Я даю _____ /не даю _____ своё согласие на проведение биопсии _____ /подпись/ _____

При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний проводится эндоскопическое лечение с целью удаления новообразований ЖКТ, инородных тел, остановки и профилактики кровотечений, лечения стриктур (сужений) и лечения нарушения целостности ЖКТ различного генеза, в том числе с применением специализированного оборудования, инструментария, конструкций.

Подготовка: Эндоскопическое вмешательство выполняется натощак, следует воздержаться от приема пищи за 6-12 часов, напитков и курения минимум за 2 часа до него, при ряде заболеваний подготовка может отличаться. Для улучшения осмотра и результатов исследования может потребоваться выпить рекомендуемый врачом раствор пеногасителя, муколитика. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после выполнения эндоскопического вмешательства необходимо согласовать с врачом.

Продолжительность: Оптимальная продолжительность первичного эндоскопического исследования составляет около 7 минут, при повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально.

Эндоскопическое вмешательство выполняется специалистом, имеющим сертификат/аккредитацию по специальности эндоскопия, специалистом, проходящим курс последиplomного образования, под руководством врача-эндоскописта, также могут дополнительно привлекаться специалисты-консультанты.

Переносимость: могут возникать ощущения распирания, переполнения в животе, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущения боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

После эндоскопического вмешательства: Особенности диеты и продолжительность её соблюдения необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования/вмешательства под седацией не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу в течение суток. После эндоскопического лечения может потребоваться дополнительная медикаментозная терапия и мероприятия, направленные на профилактику развития осложнений (назначающиеся лечащим врачом).

При плохой подготовке, плохой переносимости процедуры, выявленных рисках развития нежелательных явлений после процедуры, невыполнении необходимых инструкций и рекомендаций врач имеет право отложить либо прекратить её выполнение.

3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи:

Предстоящая Вам процедура является инструментальным вмешательством, которое несёт в себе риски осложнений, в том числе: 1) повреждение тканей и органов; 2) кровотечение; 3) бронхоспазм; 4) гипоксия; 5) рефлкторные бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; 6)аллергические реакции; 7) инфекционные и другие более редкие осложнения. Также исследование может оказаться неинформативным, в т.ч. по техническим причинам.

4. Возможные варианты медицинского вмешательства:

Выполнение эндоскопического вмешательства с применением местного анестетика: для улучшения переносимости исследования необходимо проконсультироваться с врачом о необходимости дополнительного применения лекарственных препаратов.

Выполнение эндоскопического вмешательства под внутривенной седацией (наркозом): необходимо заранее (при записи на вмешательство) обговорить возможность, особенности, необходимое дообследование и возможные осложнения с эндоскопистом (лечащим врачом) и

вмешательства и препятствует медицинскому персоналу адекватно оценивать состояние пациента.

Эндоскопическое заключение не является клиническим диагнозом. В силу различных причин постановка точного диагноза возможна не всегда, поэтому могут потребоваться дополнительные методы обследования; лучевые методы, выполнение пункции.

5. Возможные последствия медицинского вмешательства:

При эндоскопическом исследовании и лечении риски возникновения побочных явлений и осложнений могут достигать 1-15% соответственно, в редких случаях возможен летальный исход (менее 1%). После эндоскопического вмешательства в течение суток может сохраняться ощущение распирания, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, охриплость. При появлении неприятных, необычных ощущений (ухудшение дыхания, падение давления, резкое изменение пульса, появление боли, слабости, тошноты, рвоты кровью, черного дёгтеобразного стула) необходимо своевременно связаться с врачом или организацией, оказывающей экстренную медицинскую помощь. При невозможности выполнения полного объема диагностического/лечебного вмешательства, отсутствии должного лечебного эффекта, а также для коррекции возможных осложнений может потребоваться дообследование, госпитализация, повторное эндоскопическое, другое интервенционное или оперативное вмешательство, медикаментозное неотложное интенсивное лечение, наркоз.

6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

По результатам эндоскопического вмешательства может назначаться или корректироваться лечение.

В случае отказа от выполнения эндоскопического вмешательства: невозможна постановка корректного диагноза, возможно ухудшение состояния и прогрессирование имеющихся заболеваний, но исключаются риски, сопряженные с выполнением эндоскопического вмешательства.

Сама процедура эндоскопического вмешательства, данные, полученные при вмешательстве, в обезличенном виде могут быть использованы для научных и образовательных целей.

Я подтверждаю, что изложенная выше информация мне понятна и разъяснена, является исчерпывающей, со мной обсуждены последствия, в т.ч. отказа от эндоскопического вмешательства, мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления, а времени для принятия обдуманного решения было достаточно.

Я, по собственной инициативе, с учетом данных мне разъяснений врача о состоянии моего здоровья/здоровья представляемого пациента на данный момент, даю добровольное согласие (в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 20.11.2011г. №323-ФЗ) на:

(наименование медицинского вмешательства)

Я даю согласие и доверяю врачу выполнение эндоскопического вмешательства

/Ф.И.О. пациента/представителя пациента полностью/

/подпись/

/дата/

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии:

/Должность, Ф.И.О. врача (ей)/

/подпись/

/дата/

Информированное добровольное согласие на нижних отделах желудочно-кишечного тракта

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя пациента - полностью)

Дата рождения пациента/законного представителя	
Адрес регистрации пациента/законного представителя	
Ф.И.О. недееспособного пациента и дата рождения	Действуя в интересах
Документ*, удостоверяющий личность законного представителя пациента, кем и когда выдан	
Документ*, удостоверяющий право представления интересов пациента	

** Указывается при заполнении согласия законным представителем пациента*

Просьба заполнить краткую анкету о состоянии Вашего здоровья!

Имеются ли у Вас:	Да, указать что именно	Нет✓
Аллергические реакции (на лекарства, продукты, др.), бронхиальная астма?		
Повышенная кровоточивость?		
Повышение давления, заболевания сердца, почек, легких, нервной системы?		
Съемные конструкции в ротовой полости (мосты, вставные челюсти)?		
(для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность		
Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие?		
Время последнего приема пищи, напитков		
Информация о состоянии моего здоровья достоверна	/подпись/	

- 1. Цель медицинской помощи:** Эндоскопическое вмешательство, которое может включать как эндоскопическое исследование нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так и эндоскопическое лечение.
- 2. Методы оказания медицинской помощи:** Исследование выполняется при помощи эндоскопа, который проводится через анальное отверстие (коло-, илеостому) для осмотра толстой и частично тонкой кишок. Для уточнения диагноза могут применяться

дополнительные методики: хромокопия (метод окрашивания тканей), увеличительная эндоскопия, эндосонография (ультразвуковое эндоскопическое исследование) и другие методики, в т.ч. с применением специализированного оборудования, а также биопсия (получение образцов ткани), являющаяся стандартом диагностики многих заболеваний.

ВАЖНО! Биопсия может сопровождаться повреждением тканей в зоне ее выполнения, в результате оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование.

Я даю _____ /не даю _____ своё согласие на проведение биопсии _____ /подпись/ _____

При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний проводится эндоскопическое лечение с целью удаления новообразований ЖКТ, инородных тел, остановки и профилактики кровотечений, лечения стриктур (сужений) и лечения нарушения целостности ЖКТ различного генеза, в том числе с применением специализированного оборудования, инструментария, конструкций.

Подготовка: Эндоскопическое вмешательство выполняется натощак, следует воздержаться от приема пищи за 6-12 часов, напитков и курения минимум за 2 часа до него, при ряде заболеваний подготовка может отличаться. Для улучшения осмотра и результатов исследования может потребоваться выпить рекомендуемый врачом раствор пеногасителя, муколитика. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после выполнения эндоскопического вмешательства необходимо согласовать с врачом.

Продолжительность: Оптимальная продолжительность первичного эндоскопического исследования составляет около 7 минут, при повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально.

Эндоскопическое вмешательство выполняется специалистом, имеющим сертификат/аккредитацию по специальности эндоскопия, специалистом, проходящим курс последипломного образования, под руководством врача-эндоскописта, также могут дополнительно привлекаться специалисты-консультанты.

Переносимость: могут возникать ощущения распирания, переполнения в животе, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущения боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

После эндоскопического вмешательства: следует воздержаться от приема пищи и напитков в течение 30 минут; диету и продолжительность ее соблюдения необходимо согласовать с врачом.

После проведения исследования/вмешательства под седацией не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу в течение суток. После эндоскопического лечения может потребоваться дополнительная медикаментозная терапия и мероприятия, направленные на профилактику развития осложнений (назначающиеся лечащим врачом).

При плохой подготовке, плохой переносимости процедуры, выявленных рисках развития нежелательных явлений после процедуры, невыполнении необходимых инструкций и рекомендаций врач имеет право отложить либо прекратить её выполнение.

3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи:

Предстоящая Вам процедура является инструментальным вмешательством, которое несёт в себе риски осложнений, в том числе: 1) повреждение тканей и органов; 2) кровотечение; 3) бронхоспазм; 4) гипоксия; 5) рефлекторные бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; 6) аллергические реакции; 7) инфекционные и другие более редкие осложнения. Также исследование может оказаться неинформативным, в т.ч. по техническим причинам.

4. Возможные варианты медицинского вмешательства:

Выполнение эндоскопического вмешательства с применением местного анестетика: для улучшения переносимости исследования необходимо проконсультироваться с врачом о необходимости дополнительного применения лекарственных препаратов.

Выполнение эндоскопического вмешательства под внутривенной седацией (наркозом): необходимо заранее (при записи на вмешательство) обговорить возможность, особенности,

необходимое дообследование и возможные осложнения с эндоскопистом (лечащим врачом) и врачом анестезиологом-реаниматологом. Седация (наркоз) является дополнительным риском вмешательства и препятствует медицинскому персоналу адекватно оценивать состояние пациента.

Эндоскопическое заключение не является клиническим диагнозом. В силу различных причин постановка точного диагноза возможна не всегда, поэтому могут потребоваться дополнительные методы обследования; лучевые методы, выполнение пункции.

5. Возможные последствия медицинского вмешательства:

При эндоскопическом исследовании и лечении риски возникновения побочных явлений и осложнений могут достигать 1-15% соответственно, в редких случаях возможен летальный исход (менее 1%). После эндоскопического вмешательства в течение суток может сохраняться ощущение распирания, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, охриплость. При появлении неприятных, необычных ощущений (ухудшение дыхания, падение давления, резкое изменение пульса, появление боли, слабости, тошноты, рвоты кровью, черного дёгтеобразного стула) необходимо своевременно связаться с врачом или организацией, оказывающей экстренную медицинскую помощь. При невозможности выполнения полного объема диагностического/лечебного вмешательства, отсутствии должного лечебного эффекта, а также для коррекции возможных осложнений может потребоваться дообследование, госпитализация, повторное эндоскопическое, другое интервенционное или оперативное вмешательство, медикаментозное неотложное интенсивное лечение, наркоз.

6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

По результатам эндоскопического вмешательства может назначаться или корректироваться лечение.

В случае отказа от выполнения эндоскопического вмешательства: невозможна постановка корректного диагноза, возможно ухудшение состояния и прогрессирование имеющихся заболеваний, но исключаются риски, сопряженные с выполнением эндоскопического вмешательства.

Сама процедура эндоскопического вмешательства, данные, полученные при вмешательстве, в обезличенном виде могут быть использованы для научных и образовательных целей.

Я подтверждаю, что изложенная выше информация мне понятна и разъяснена, является исчерпывающей, со мной обсуждены последствия, в т.ч. отказа от эндоскопического вмешательства, мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давления, а времени для принятия обдуманного решения было достаточно.

Я, по собственной инициативе, с учетом данных мне разъяснений врача о состоянии моего здоровья/здоровья представляемого пациента на данный момент, даю добровольное согласие (в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 20.11.2011г. №323-ФЗ) на:

(наименование медицинского вмешательства)

Я даю согласие и доверяю врачу выполнение эндоскопического вмешательства

/Ф.И.О. пациента/представителя пациента полностью/

/подпись/

/дата/

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии:

/Должность, Ф.И.О. врача (ей)/

/подпись/

/дата/

Информированное добровольное согласие на выполнение эндоскопической ультрасонографии

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя пациента - полностью)

Дата рождения пациента/законного представителя	
Адрес регистрации пациента/законного представителя	
Ф.И.О. недееспособного пациента и дата рождения	Действуя в интересах
Документ*, удостоверяющий личность законного представителя пациента, кем и когда выдан	
Документ*, удостоверяющий право представления интересов пациента	

** Указывается при заполнении согласия законным представителем пациента*

Просьба заполнить краткую анкету о состоянии Вашего здоровья!

Имеются ли у Вас:	Да, указать что именно	Нет [✓]
Аллергические реакции (на лекарства, продукты, др.), бронхиальная астма?		
Повышенная кровоточивость?		
Повышение давления, заболевания сердца, почек, легких, нервной системы?		
Съемные конструкции в ротовой полости (мосты, вставные челюсти)?		
(для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность		
Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие?		
Время последнего приема пищи, напитков		
Информация о состоянии моего здоровья достоверна	/подпись/	

1. Цель медицинской помощи: Эндоскопическое вмешательство, которое может включать как эндоскопическое ультразвуковое исследование стенки желудочно-кишечного тракта, трахеобронхиального дерева, прилежащих к ним органов, сосудов и лимфатических узлов, так и эндоскопическое лечение.

2. Методы оказания медицинской помощи: Исследование выполняется эндоскопическим ультразвуковым датчиком из просвета органов пищеварительной системы или трахеобронхиального дерева. Для уточнения диагноза могут применяться следующие методики: рентгенологический контроль, применение ультразвукового контрастного вещества, а также пункционная биопсия (получение образцов ткани), являющаяся стандартом диагностики многих заболеваний

ВАЖНО! Биопсия может сопровождаться повреждением тканей в зоне ее выполнения, в результате оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование.

Я даю /не даю своё согласие на проведение биопсии /подпись/

При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний проводится эндоскопическое лечение с целью удаления новообразований, инородных тел, остановки и профилактики кровотечений, лечения стриктур (сужений) и лечения нарушения целостности ЖКТ различного генеза, в том числе с применением специализированного оборудования, инструментария, конструкций.

Подготовка: эндоскопическое вмешательство выполняется натощак, следует воздержаться от приема пищи за 6-12 часов, напитков и курения за 5 часов до него, при ряде заболеваний подготовка может отличаться, а также применения бронхолитиков. Для улучшения результатов исследования необходимо санировать полость носа. Срок и режим приема лекарственных средств до и после выполнения эндоскопического вмешательства необходимо согласовать с врачом.

Продолжительность: Оптимальная продолжительность первичного эндоскопического исследования составляет около 7 минут, при повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально.

Эндоскопическое вмешательство выполняется специалистом, имеющим сертификат/аккредитацию по специальности эндоскопия, специалистом, проходящим курс последиplomного образования, под руководством врача-эндоскописта, также могут дополнительно привлекаться специалисты-консультанты.

Переносимость: могут возникать ощущения нехватки воздуха, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущение боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

После эндоскопического вмешательства: особенности диеты и продолжительность ее соблюдения необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования/вмешательства под седацией не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу в течение суток. После эндоскопического лечения может потребоваться дополнительная медикаментозная терапия и мероприятия, направленные на профилактику развития осложнений (назначающиеся лечащим врачом).

При плохой подготовке, плохой переносимости процедуры, выявленных рисках развития нежелательных явлений после процедуры, невыполнении необходимых инструкций и рекомендаций врач имеет право отложить либо прекратить её выполнение.

3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи:

Предстоящая Вам процедура является инструментальным вмешательством, которое несёт в себе риски осложнений, в том числе: 1) повреждение тканей и органов; 2) кровотечение; 3) бронхоспазм; 4) гипоксия; 5) рефлекторные бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; 6)аллергические реакции; 7) инфекционные и другие более редкие осложнения. Также исследование может оказаться неинформативным, в т.ч. по техническим причинам.

4. Возможные варианты медицинского вмешательства:

Выполнение эндоскопического вмешательства с применением местного анестетика: для улучшения переносимости исследования необходимо проконсультироваться с врачом о необходимости дополнительного применения лекарственных препаратов.

Выполнение эндоскопического вмешательства под внутривенной седацией (наркозом): необходимо заранее (при записи на вмешательство) обговорить возможность, особенности,

