**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского эндоскопического исследования**

**пищеварительного тракта**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(фамилия, имя, отчество пациента полностью)***

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. полностью и дата рождения ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

настоящим я даю свое добровольное согласие на проведение медицинского эндоскопического исследования

пищеварительного тракта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ без анестезиологического сопровождения и подтверждаю, что

(название исследования)

меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей указанного исследования.

1. Эндоскопическое исследование пищеварительного тракта представляет собой метод исследования

внутренних органов (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого и тонкого кишечника) с

помощью специальных приборов - эндоскопов (гибких пластиковых или металлических трубок с

осветительной и оптической системами), а также дополнительных методов диагностики: хромоскопии,

тестов на хеликобактер и прочее:

- эзофагогастродуоденоскопия

- эндоскопическая полипэктомия

- колоноскопия

- НР-тест

- pH метрия

- биопсия и забор материала

- иные виды эндоскопических манипуляций

2. Эндоскопические исследования проводятся в амбулаторных условиях, в

обстановке специально оснащённых эндоскопических кабинетов.

3. Эндоскопическая манипуляция может осуществляется с применением анестезиологического пособия —

местной анестезии.

4. Целью эндоскопического исследования является получение диагностических и лечебно-диагностических

данных, которые не могут быть получены в результате других способов исследований.

5. Показания и противопоказания к проведению эндоскопического исследования определяются лечащим врачом

и врачом, непосредственно выполняющим эндоскопическое исследование.

6. Перед выполнением эндоскопической манипуляции пациенту необходимо в течение минимум 4 часов

воздержаться от приёма пищи для предотвращения наступления осложнений процедуры. Перед процедурой

колоноскопии необходимо провести подготовку слабительными медицинскими препаратами по согласованию

с лечащим врачом.

Пациенту необходимо также предупредить лечащего врача, врача-эндоскописта о постоянно применяемых лекарственных препаратах и о наличии съёмных зубопротезных конструкций, а также полно, подробно и достоверно ответить на все заданные пациенту вопросы о состоянии его здоровья.

9. Воздействие на здоровье пациента в процессе выполнения диагностической эндоскопии состоит во введении

эндоскопа в ротовую полость или через анальное отверстие с использованием геля. При исследовании через

ротовую полость может применяться местная анестезия с помощью спрея или раствора для полоскания. Для

предупреждения повреждения эндоскопического аппарата и зубов пациента пластиковое ротовое

предохранительное устройство располагается между зубов пациента.

Эндоскопические манипуляции выполняются в положении пациента лёжа на левом боку; при этом положение

пациента может быть скорректировано врачом-эндоскопистом.

10. Во время выполнения и после процедуры у пациента возможны дискомфортные ощущения в местах ввода

эндоскопической трубки, от нахождения устройства в полостях тела, от растяжения пищевода, от нахождения

излишков воздуха в пищеварительном тракте, боли в животе, вздутие, а также слабость, головокружение и иные

симптомы после проведения анестезии. Указанные симптомы не влияют на процесс выполнения манипуляции,

не являются осложнениями и проходят после окончания процедуры в течения суток.

11. В процессе выполнения процедуры при необходимости врач-эндоскопист может брать образцы тканей

(биопсию) и выполнять иные лечебно-диагностические действия (иньекции, полипэктомии, резекции,

коагуляции, лигирование, клипирование ит д); при этом необходимость выполнения биопсии определяется

лечащим врачом и врачом-эндоскопистом до, либо в процессе выполнения манипуляции.

12. Выполнение процедуры диагностической эндоскопии может привести к следующим осложнениям:

гематомы, кровотечения, травмирование слизистой и перфорации желудочно-кишечного тракта (грушевидного

синуса, пищевода в его верхней, средней или нижней трети, желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого

кишечника), перфорации изменённого органа или участка органа, развития острых воспалительных процессов

(панкреатита, холецистита, колита, медиастенита и др) обострение ЖКБ и развитие механической желтухи,

компрессии трахеи при выполнении манипуляции детям грудного возраста, чрезмерной инсуфляции воздуха,

вклинению дистального конца эндоскопа при инверсии в пищевод, повреждению голосовых связок и трахеи,

соматическим осложнениям (острому нарушению мозгового кровообращения, острому инфаркту миокарда,

остановке сердца, тяжёлому бронхоспазму, тяжёлому ларингоспазму).

С учетом индивидуальных особенностей организма пациента, возможны и иные осложнения.

При наступлении осложнений выполнение эндоскопического исследования немедленно прекращается, пациент

подлежит экстренной госпитализации в профильное отделение бригадой СМП, где решается вопрос о проведении того или иного вида лечения осложнений.

13. Процедура диагностической эндоскопии проводится в условиях:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать: местная анестезия (наименование и дозировка).

14. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить свое состояние и предлагаемое исследование. На

все вопросы я получил удовлетворившие его ответы.

15. Я знаю, что все перечисленные виды исследования могу получить по полису ОМС или ДМС.

16. Применение анестезиологического пособия может привести к следующим осложнениям: гипоксемии,

анафилактической реакции, бронхоспазму, ларингоспазму, осложнениям со стороны сердечно-сосудистой

системы, аспирации желудочного содержимого. При наступлении указанных осложнений выполнение

эндоскопического исследования также прекращается, пациент подлежит переводу в профильное отделение посредством госпитализации бригадой СМП.

17. Я должен немедленно сообщить лечащему врачу при появлении следующих симптомов: сильная боль в

животе, вздутие живота, рвота, затруднение глотания или сильная боль в горле, ощущение «похрустывания»

под кожей, иных симптомов, вызывающих дискомфорт и беспокойство и не проходящих со временем.

18. Я согласен и разрешаю медицинскому работнику, если он сочтет необходимым, привлекать для проведения

исследования под своим наблюдением других врачей, медицинских сестер, других сотрудников медицинской

организации.

19. Я согласен и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные

мероприятия, которые медицинский работник сочтёт необходимыми, включая перевод в другое ЛПУ (госпитализация).

20. Я утверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это

согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

21. Я полностью подтверждаю, что на доступном для меня языке мне объяснено о возможных рисках процедуры

и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакций, необходимости соблюдать

рекомендации после процедуры.

22 Я знаю, что у меня есть выбор, прибегнуть или не прибегнуть к предлагаемой процедуре, и я согласен(на) с

порядком предоставления и оплаты упомянутой услуги. Я даю согласие на ее проведение и обязуюсь следовать

рекомендациям врача.

23. Мне полностью разъяснена стоимость услуг исследования и при необходимости стоимость дополнительных

услуг.

Дата\_\_\_\_\_

Подпись пациента

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | / |
| (Подпись) |  | (Ф.И.О. полностью) |  |

С документом ознакомил, лечащий врач

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| (Подпись) |  | (Ф.И.О. полностью) |  |