

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ**

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента),  
дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,

в лице законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя), паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

(данный раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, или недееспособных граждан)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,

в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно обращаюсь в ООО « \_\_\_\_\_ » (далее – Исполнитель) и даю информированное добровольное согласие на проведение мне **эзофагогастроудоденоскопии**.

**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СОГЛАСИЯ**

Работники Исполнителя в доступной форме уведомили меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

Я информирован и понимаю свою обязанность полного информирования врача обо всех мне известных случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе - о состоянии после удаления желчного пузыря, наличии сахарного диабета I/II типов), травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого иного медицинского работника из персонала Исполнителя, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

**МЕДИЦИНСКИЕ РАЗЪЯСНЕНИЯ**

1. Мне дана полная информация о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения, об альтернативных методах лечения, преимуществах выбранного метода лечения. Я ознакомлен(а) и согласен(а) с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства. В соответствии с планом лечения я доверяю своему лечащему врачу и специалисту принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

2. Я проинформирован(а) о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству. Они могут включать в себя:

**Во время операции:**

- 1) нарушения сердечного ритма;
- 2) воспаление легочной системы на фоне аспирации;
- 3) ларинготрахеит, носящий травматический характер;
- 4) травмирование стенок исследуемых органов;
- 5) прободение желудка или пищевода, что встречается крайне редко;
- 6) попадание эндоскопа в трахею;
- 7) аллергическая реакция на анестезирующее лекарство.

**После операции:**

- 1) повреждение челюсти. Такое явление зачастую возникает при шатающихся зубах;
- 2) повышенное вздутие живота, болевой синдром в желудке, болевой синдром в горле.

Я проинформирована обо всех абсолютных противопоказаниях при которых вмешательство не проводится.

Вмешательство не проводится в следующих случаях:

- 1) наличия у пациента перфорации органа брюшной полости;
- 2) декомпенсированные заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- 3) серьезные формы психических расстройств.
3. Мне сообщено, что не исключена необходимость отклонения от намеченного плана вмешательства в случае действия или выявления ранее неизвестных, непредсказуемых или чрезвычайных обстоятельств. В этом случае я полностью доверяюсь опыту и профессионализму врача. Я понимаю, что в ходе выполнения вмешательства может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в согласии. Я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.
4. Мне понятно, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.
5. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом процедуры. Я осознаю, что перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от текущего и последующего состояния организма, от своевременного обращения за помощью, от анатомо-физиологических особенностей; от размера травмы мягких и твердых тканей, возникших при выполнении манипуляций, от выполнения пациентом рекомендаций врачей, от регулярности посещений контрольных и профилактических осмотров.
6. Я подтверждаю, что для данного исследования выполнил положенную подготовку (не принимал пищу и воду более 8 часов, выполнил полную подготовку по очищению кишечника по программе (Фортранс или Флит-фосфо-сода).

Я предупрежден, что в случае неправильной подготовки к исследованию, оно может оказаться неинформативным и может потребовать повторной процедуры.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Я имел(а) достаточно времени, чтобы обдумать мое решение, и у меня больше нет вопросов, после того, как мне были даны исчерпывающие и понятые мной ответы.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. Я уведомлен(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках ОМС по месту прикрепления. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмеша-

тельств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ.

Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

В соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания членам моей семьи, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением процедуры, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о согласии на медицинское вмешательство.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись и Ф.И.О. пациента)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон Пациента)

Расписался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_