

Информированное добровольное согласие на проведение видеокколоноскопии

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 «УТМК-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 медицинского вмешательства для диагностических целей. Предварительно мной была получена полная информация о мероприятиях, которые необходимо выполнить до проведения исследования.

3. Я даю своё согласие на проведение медицинского вмешательства - **Видеокколоноскопии**.

Мне разъяснено, что видеокколоноскопия – вид эндоскопического обследования толстой кишки при помощи гибкого эндоскопа (гибкий шланг диаметром ____ мм. и длиной ____ мм.), вводимого через прямую кишку (задний проход). Обследование позволяет визуально определить патологию всех отделов толстой кишки, включая начальные отделы подвздошной кишки, провести биопсию пораженной ткани, оценить эффективность лечения. В ходе проведения манипуляции в полость кишечника для ее расширения вводится газ. КС проводится после предварительной очистки кишечника.

Показаниями к Видеокколоноскопии являются: необходимость детального изучения слизистой оболочки толстой кишки, для диагностики воспалительных заболеваний кишечника, при подозрении на опухоли или кровотечения. Видеокколоноскопия показана всем людям старше 40 лет для исключения или раннего выявления онкологических заболеваний.

Противопоказаниями для видеокколоноскопии являются: выраженное сужение толстой кишки, препятствующее прохождению аппарата, аневризма аорты больших размеров, острый инфаркт миокарда, терминальные состояния и кома, острый дивертикулит, заболевания, протекающие с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, гемофилия, психические нарушения. Я сообщил врачу о всех известных мне противопоказаниях в выполнении видеокколоноскопии.

По желанию пациента видеокколоноскопия может выполняться с применением седации. **Седация** – это специальное анестезиологическое пособие, применяемое при колоноскопии и направленное на обеспечение комфорта и безопасности для пациента и создание оптимальных условий работы врача-эндоскописта. Понятие комфортности при седации подразумевает отсутствие боли, чувства страха и напряжённости во время процедуры.

Альтернативные методы диагностики: Ирригоскопия, КТ-колонография, МР-колонография. 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 принятию решения в этом вопросе своему лечащему врачу или врачу, проводящему исследование.

5. Мне разъяснено, что видеокколоноскопия 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, принятию 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 процессом заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время его проведения.

7. 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,
- при наличии беременности возможно её прерывание,
- 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 видеокколоноскопии 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.

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

9. 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 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.

10. 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 соответствии с полученными дополнительными данными.

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

12. 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.

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

14. Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, без навязывания мне чьей-то воли, даю свое согласие на проведение мне видеокколоноскопии в полном объеме.

Я _____

Не принимаю антикоагулянтные и антиагрегантные препараты в течение 7 дней, ранее у меня не наблюдались длительные кровотечения, патологии в свертывающей системе крови выявлено не было _____ (подпись)

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам: _____

Пациент _____ (ФИО, подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Врач _____ (ФИО, подпись)

Несогласие

От проведения мне видеокколоноскопии отказываюсь. О возможных последствиях и осложнениях предупрежден (предупреждена).

Пациент _____ (ФИО, подпись)

Врач _____ (ФИО, подпись)