

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

Я, _____
(ФИО пациента/законного представителя пациента)

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 верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так и эндоскопическое лечение.

2. 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: 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, а результаты оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование.

Я даю / не даю свое 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: Оптимальное время 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 расширения, переполнения в животе, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущение 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 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 проведения 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 зубов; 2) повреждение тканей и органов; 3) кровотечение; 4) рефлекторные бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; 5) аллергические реакции; 6) инфекционные и 7) 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 исследование/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, магнитно-резонансная томография, видеокапсульная эндоскопия, др.

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 дегтеобразного стула) необходимо своевременно связаться с врачом или организацией, оказывающей экстренную медицинскую помощь: государственное бюджетное учреждение «Больница скорой медицинской помощи», адрес: 287642, ДНР, г. Мариуполь, ул. Бахмутская, 20, контактные телефоны: регистратура: +7 (949) 734-79-83, приёмное отделение: +7 (949) 734-79-82, отделение челюстно-лицевой хирургии: +7 (949) 734-79-68, график работы больницы: с 00.00 до 00.00, график работы регистратуры: с 08.00 до 17.00.

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



/ФИО Пациента/Представителя Пациента полностью/ /подпись/ /дата/

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии:

Должность, ФИО врача(чей)/ /подпись/ /дата/