

Информированное согласие пациента на
эндоскопическое вмешательство

Я _____

(фамилия, имя, отчество полностью, год рождения)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

паспорт _____

выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка / лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О. полностью ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

информирован лечащим врачом _____

Ф. И.О. лечащего врача

о назначенном мне (представляемому мной лицу) эндоскопическом вмешательстве, включающего взятие биопсии в необходимом объеме

(название эндоскопического вмешательства)

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером, особенностями и ходом предстоящего мне (представляемому мной лицу) эндоскопического вмешательства.

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) и понимаю, что проведение эндоскопического вмешательства сопряжено с рисками непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже летального исхода. Основными возможными непреднамеренными осложнениями эндоскопического вмешательства являются: разрыв стенки полого органа, отсроченная перфорация полого органа вследствие хронического нарушения кровообращения органа, кровотечение, в т.ч. отсроченное; образование гематом, повреждение близлежащих органов и тканей; тромбоэмболические осложнения; аллергические реакции и в т.ч. анафилактический шок, ретроградная амнезия; обострение сопутствующей хронической патологии, в т.ч. сердечно-сосудистых заболеваний.

Я предупрежден (предупреждена), что при развитии осложнений может потребоваться проведение операции, и даю свое согласие на это.

Я признаю право врача прерывать 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; выявления объективных, не зависящих от воли врача и пациента обстоятельств.

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 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 (сообщила) 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.

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 все интересующие меня вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я согласен (согласна) добросовестно сотрудничать с лечащим врачом по вопросам, связанным с оказанием мне медицинской помощи, выполнять рекомендации и немедленно сообщать ему о любого рода изменениях моего самочувствия.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на эндоскопическое вмешательство, включающее взятие биопсии в необходимом объеме:

Фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя) подпись Дата

Фамилия, имя, отчество врача подпись врача Дата

ТЕЛЕФОНЫ: _____