

# Информированное добровольное согласие на проведение эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта

## Приложение к медицинской карте №

Я, (фамилия, имя, отчество полностью)

« » года рождения, проживающий (ая) по адресу:

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или на недееспособных граждан.**

**Я,**

*(Ф.И.О. , мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)*

**Паспорт серия номер кем выдан дата выдачи , являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным):**

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

**даю информированное добровольное согласие** Филиалу компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал ЛТД» на проведение в отделении эндоскопии Филиала компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Меди- кал ЛТД» эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее — ЖКТ) и подтверж- даю, что заблаговременно **ознакомлен(а)** и **согласен(на)** с предоставленной в данном документе информацией.

**Эзофагогастродуоденоскопия** — эндоскопическое обследование верхних отделов ЖКТ при помощи гибкого эндо- скопа, который проводится через рот (нос) и далее в пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку, позволяет ос- мотреть внутреннюю поверхность указанных органов и выявить их заболевания. С целью уточнения диагноза во вре- мя эндоскопического исследования могут применяться дополнительные методики: хромоскопия (окрашивание тка- ней слизистой оболочки специальными красителями), спектральная и увеличительная эндоскопия, биопсия (взятие фрагментов тканей специальными биопсийными щипцами для гистологического исследования) и другие методики, в том числе с использованием специального оборудования. Оптимальное время эндоскопического исследования со- ставляет не менее 7 минут. При повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопиче- ском лечении продолжительность определяется врачом индивидуально. Исследование может быть проведено под мест- ной анестезией путем орошения местным анестетиком слизистой оболочки ротоглотки или в условиях внутривенной седации (медикаментозного сна). Данные, полученные во время исследования, в обезличенном виде могут быть ис- пользованы для научных и образовательных целей. По результатам эндоскопического обследования может быть назна- чено или скорректировано лечение.

**Подготовка.** Эндоскопическое исследование проводится строго натощак, поэтому необходимо воздержаться от при- ема пищи не менее чем за 6 часов до исследования. Накануне обследования допустим легкий ужин. Если исследова- ние проводится во второй половине дня, то допустим легкий завтрак (йогурт, кисель, чай и т.д.). За два часа до момента проведения обследования необходимо воздержаться от курения и приема жидкостей. При ряде заболеваний подготов- ка может различаться. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после эндоскопического исследования не- обходимо согласовать с лечащим врачом.

**Показания к проведению эндоскопического исследования** определяет лечащий врач в зависимости от клинической ситуации.

**Относительные противопоказания** к проведению эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ: острый ин- фаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, выраженная сердечно-легочная недостаточность, выра- женные гемокоагуляционные расстройства и т.д. В этих случаях исследование выполняется, если ценность его превы- шает риск развития осложнений (соответствующее решение принимается лечащим врачом или консилиумом врачей). **Абсолютным противопоказанием** к проведению эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ является тер-

минальное состояние пациента.

**После эндоскопического обследования** следует воздержаться от приема пищи и напитков в течение 30 минут, необ- ходимость диеты и ее продолжительность необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования с приме- нением седации не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу, принимать важные решения в течение суток.

При плохой подготовке, плохой переносимости исследования, обнаружении рисков развития нежелательных яв- лений врач имеет право отложить или прекратить его выполнение.

**Альтернативными методами диагностики являются:** рентгенологическое исследование с контрастом, видеокапсуль- ное исследование, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

**Возможные последствия** (побочные явления, осложнения) эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ: эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством, из-за чего существует относительно низкий риск (не более 0,1%) возникновения следующих осложнений: 1) повреждение тканей и органов; 2) кровотечение; 3) местные и аллергические реакции; 4) повреждение зубов или зубных протезов; 5) рефлекторные брон- хо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства, обострение хронического заболевания, инфекци- онные заболевания и прочее. При возникновении перечисленных осложнений могут потребоваться госпитализация,

неотложное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия. При выполнении исследования под местной анестезией могут возникать ощущения распирания в животе, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущение боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

**Я подтверждаю, что сообщил(а)** врачу, проводящему эндоскопическое исследование, об известных мне на дату под- писания настоящего документа состояний моего/пациента здоровья, таких как обострение хронических заболеваний, острых и хронических инфекций (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, обо всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, отсутствии/наличии беременности, постоянно принимаемых препаратах, а также антикоагулянтах, я признаю свою ответственность в слу- чае умышленного сокрытия указанной выше информации, а также информации о своем здоровье/здоровье пациента. **Я подтверждаю, что в случае возникновения** непредвиденных ситуаций в ходе проведения процедур эндоскопиче- ского обследования верхних отделов ЖКТ я доверяю врачу, проводящему эндоскопическое исследование, изменить при необходимости объем медицинского вмешательства, в связи с чем уполномочиваю врачей выполнить любое до- полнительное медицинское вмешательство, которое может понадобиться в целях диагностики и лечения (удаление но-

вообразований слизистой оболочки, удаление инородного тела, остановка кровотечения).

**Я признаю право** врача прервать исследование в случае, если в ходе обследования будет выявлена невозможность его продолжения по физиологическим или анатомическим причинам, вследствие плохой подготовки пищеварительно- го тракта перед проведением процедуры, а также в связи с иными факторами, которые могут повлечь за собой ослож- нения или другие негативные последствия для пациента.

**Мне разъяснено** мое право отказаться от предложенного мне вида медицинского вмешательства в любое время до на- чала его выполнения, при этом одновременно мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вме- шательства.

**Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом, а также с врачом, проводя- щим исследование, все интересующие и непонятные мне вопросы.

**Я проинформирован(а)** о целях, методах, альтернативных вариантах, о преимуществах и недостатках предстоящего медицинского вмешательства в сравнении с другими альтернативными методами обследования, характере, неблагопри- ятных эффектах и последствиях предлагаемого мне (пациенту) медицинского вмешательства, связанных с ним рисках, а также о том, что мне (пациенту) предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства.

**Я предупрежден(а)** и осознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство по объективным причинам и из-за осо- бенностей методик проведения может оказаться неинформативным, что потребует повторного медицинского вмеша- тельства (манипуляции, обследования).

**Я проинформирован(а) о том**, что процедура проведения эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ, в том числе с применением местной анестезии, может быть болезненной, что зависит от индивидуального порога чув- ствительности пациента.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(*Ф.И.О. гражданина, контактный телефон*)

### Подпись пациента (родителя/законного представителя) Дата « » 20 г.

Я подтверждаю, что я устно разъяснил(а) пациенту / опекуну пациента все сказанное выше с необходимыми под- робностями и что он/она подписал(а) данный документ в моем присутствии после того, как я убедился(лась), что объ- яснение ему(ей) полностью понятно.

### Врач

*(ФИО, подпись лечащего врача)*

**Дата « » 20 г**.



# Информированное добровольное согласие на проведение эндоскопического исследования и вмешательства на нижних отделах желудочно-кишечного тракта

## Приложение к медицинской карте №

Я, (фамилия, имя, отчество полностью)

« » года рождения, проживающий (ая) по адресу:

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.**

**Я,**

*(Ф.И.О. , мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)*

**Паспорт серия номер кем выдан дата выдачи , являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным):**

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

**даю информированное добровольное согласие** Филиалу компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал ЛТД» на проведение в отделении эндоскопии Филиала компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Меди- кал ЛТД» эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее — ЖКТ) и подтверж- даю, что заблаговременно **ознакомлен(а)** и **согласен(на)** с предоставленной в данном документе информацией.

**Колоноскопия** — эндоскопическое обследование нижних отделов ЖКТ при помощи гибкого эндоскопа, кото- рый проводится через анальное отверстие (колостому, илеостому) для осмотра внутренней поверхности толстой киш- ки и частично тонкой кишки (колоноилеоскопия) и позволяет выявить их заболевания. С целью уточнения диагно- за во время эндоскопического исследования могут применяться дополнительные методики: хромоскопия (окрашива- ние тканей слизистой оболочки специальными красителями), спектральная и увеличительная эндоскопия, биопсия (взятие фрагментов тканей специальными биопсийными щипцами для гистологического исследования) и другие ме- тодики. **При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний могут быть проведены эндо- скопические лечебные вмешательства:** удаление новообразований (полипов), инородных тел, остановка и профилакти- ка кровотечения, лечение стриктур (сужений) и лечение нарушения целостности ЖКТ различного генеза, в том числе с использованием специального оборудования. Рекомендуемое время осмотра внутренней поверхности толстой киш- ки (время осмотра на выходе) составляет не менее 10 минут. Продолжительность оперативного вмешательства инди- видуальная, зависит от вида и объема вмешательства. Исследование может быть проведено по показаниям после пре- медикации (чаще с использованием спазмолитических и обезболивающих препаратов) или в условиях внутривенной седации (медикаментозного сна). Данные, полученные во время исследования, в обезличенном виде могут быть ис- пользованы для научных и образовательных целей. По результатам эндоскопического обследования может быть на- значено или скорректировано лечение.

**Подготовка.** Эндоскопическое исследование нижних отделов ЖКТ проводится натощак после тщательного очище- ния кишечника. Подготовка к колоноскопии включает два этапа: 1) диета с исключением растительной клетчатки — в среднем за 2 дня до начала подготовки; 2) прием слабительного препарата, предпочтительно малообъемного поли- тиленгликоля с пеногасителем симетиконом по двухэтапной или одноэтапной утренней схеме приема. Выбор схемы подготовки, а также сроки и режим приема слабительных средств и других лекарственных средств (принимаемых Ва- ми постоянно) необходимо обсудить с лечащим врачом, назначающим эндоскопическое исследование. Некачествен- ная подготовка толстой кишки резко снижает возможности эндоскопической диагностики (исследование будет неин- формативным!), что может потребовать повторной подготовки и проведения повторного исследования.

**Показания к проведению эндоскопического исследования** определяет лечащий врач в зависимости от клинической ситуации, а также исследование рекомендовано пациентам после 40 лет для исключения или раннего выявления опу- холевых заболеваний кишки (скрининговая колоноскопия).

**Относительные противопоказания** к проведению эндоскопического обследования нижних отделов ЖКТ: острые вос- палительные заболевания анальной и перианальной зоны, перитонит, тяжелые нарушения свертывающей системы кро- ви, гемофилия, острый дивертикулит, психические нарушения. В этих случаях исследование выполняется, если цен- ность его превышает риск развития осложнений (соответствующее решение принимается лечащим врачом или конси- лиумом врачей).

**Абсолютные противопоказания** к проведению эндоскопического обследования нижних отделов ЖКТ: острый ин- фаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжелые степени сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, тяжелые формы язвенного колита и болезни Крона, терминальные состояния.

**После эндоскопического обследования** следует воздержаться от приема пищи и напитков в течение 30 минут, необхо- димость диеты и ее продолжительность нужно согласовать с врачом. После проведения исследования в условиях внутри- венной седации не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу, принимать важные решения в течение суток. После выполнения эндоскопического лечения будут даны рекомендации с учетом типа и объема оперативного вмешательства, могут потребоваться дополнительная медикаментозная терапия и мероприятия,

направленные на профилактику развития осложнений. При плохой подготовке, плохой переносимости исследования, обнаружении рисков развития нежелательных явлений врач имеет право отложить или прекратить его выполнение.

**Альтернативными методами диагностики являются:** лучевые методы исследования (виртуальная компьютерная томо- графия — колоноскопия, ирригоскопия), видеокапсульное исследование.

**Возможные последствия** (побочные явления, осложнения): колоноскопия является инвазивным инструментальным вмешательством, из-за чего существует риск возникновения осложнений менее чем в 1% случаев при диагностической колоноскопии и в 1—3% случаев при оперативной (лечебной) колоноскопии, в том числе: 1) кровотечение; 2) повреж- дение тканей и органов; 3) постполипэктомический синдром; 4) аллергические реакции; 5) рефлекторные бронхо-ле- гочные; сердечно-сосудистые и неврологические расстройства; обострение хронического заболевания, инфекционные заболевания и прочее. При возникновении перечисленных осложнений могут потребоваться госпитализация, неотлож- ное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия. При выполнении исследования без вну- тривенной седации могут возникать ощущения дискомфорта в анальном канале, распирания и болезненности в живо- те, позывы на дефекацию.

**Я подтверждаю, что сообщил(а)** врачу, проводящему эндоскопическое исследование, об известных мне на дату под- писания настоящего документа состояний моего/пациента здоровья, таких как обострение хронических заболеваний, острых и хронических инфекций (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, обо всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, отсутствии/наличии беременности, постоянно принимаемых препаратах, а также антикоагулянтах, я признаю свою ответственность в слу- чае умышленного сокрытия указанной выше информации, а также информации о своем здоровье/здоровье пациента. **Я подтверждаю, что в случае возникновения** непредвиденных ситуаций в ходе проведения процедур эндоскопическо-

го обследования нижних отделов ЖКТ я доверяю врачу, проводящему эндоскопическое исследование, изменить при не- обходимости объем медицинского вмешательства, в связи с чем уполномочиваю врачей выполнить любое дополнитель- ное медицинское вмешательство, которое может понадобиться в целях диагностики и лечения (удаление новообразо- ваний слизистой оболочки, удаление инородного тела, остановка кровотечения).

**Я признаю право** врача прервать исследование в случае, если в ходе обследования будет выявлена невозможность его продолжения по физиологическим или анатомическим причинам, вследствие плохой подготовки пищеварительно- го тракта перед проведением процедуры, а также в связи с иными факторами, которые могут повлечь за собой ослож- нения или другие негативные последствия для пациента.

**Мне разъяснено** мое право отказаться от предложенного мне вида медицинского вмешательства в любое время до на- чала его выполнения, при этом одновременно мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вме- шательства.

**Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом, а также с врачом, проводя- щим исследование, все интересующие и непонятные мне вопросы.

**Я проинформирован(а)** о целях, методах, альтернативных вариантах, о преимуществах и недостатках предстоящего медицинского вмешательства в сравнении с другими альтернативными методами обследования, характере, неблагопри- ятных эффектах и последствиях предлагаемого мне (пациенту) медицинского вмешательства, связанных с ним рисках, а также о том, что мне (пациенту) предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства.

**Я предупрежден(а)** и осознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство по объективным причинам и из-за особенностей методик проведения может оказаться неинформативным, что потребует повторного медицинского вмешательства (манипуляции, обследования).

**Я проинформирован(а) о том**, что процедура проведения эндоскопического обследования нижних отделов ЖКТ, в том числе с применением местной анестезии, может быть болезненной, что зависит от индивидуального порога чув- ствительности пациента.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(*Ф.И.О. гражданина, контактный телефон*)

### Подпись пациента (родителя/законного представителя) Дата « » 20 г.

Я подтверждаю, что я устно разъяснил(а) пациенту / опекуну пациента все сказанное выше с необходимыми под- робностями и что он/она подписал(а) данный документ в моем присутствии после того, как я убедился(лась), что объ- яснение ему(ей) полностью понятно.

### Врач

*(ФИО, подпись лечащего врача)*

**Дата « » 20 г**.