

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



ЭНДОМЕД
клинико-диагностический
центр

Приложение к медицинской карте № _____

Я, _____
« _____ » _____ 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 Обществу с ограниченной ответственностью «Варадат» на проведение в обществе с ограниченной ответственностью «Варадат» (Клиника ЭНДОМЕД) эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее — ЖКТ) и подтверждаю, что заблаговременно **ознакомлен(а) и согласен(на)** с предоставленной в данном документе информацией.

Эзофагогастродуоденоскопия — эндоскопическое обследование верхних отделов ЖКТ при помощи гибкого эндоскопа, который проводится через рот (нос) и далее в пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку, позволяет осмотреть внутреннюю поверхность указанных органов и выявить их заболевания. С целью уточнения диагноза во время эндоскопического исследования могут применяться дополнительные методики: хромокопия (окрашивание тканей 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 составляет не менее 7 минут. При повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально. Исследование может быть проведено под местной 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 использованы для научных и образовательных целей. По результатам эндоскопического обследования может быть назначено или скорректировано лечение.

Подготовка. Эндоскопическое исследование проводится строго натощак, поэтому необходимо воздержаться от приема пищи не менее чем за 6 часов до исследования. Накануне обследования допустим легкий ужин. Если исследование 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 подготовка может различаться. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после эндоскопического исследования необходимо 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 инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, выраженная сердечно-легочная недостаточность, выраженные гемокоагуляционные расстройства и т.д. В этих случаях исследование выполняется, если ценность его превышает риск развития осложнений (соответствующее решение принимается лечащим врачом или консилиумом врачей).

Абсолютным противопоказанием к проведению эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ является терминальное состояние пациента.

После эндоскопического обследования следует воздержаться от приема пищи и напитков в течение 30 минут, необходимость диеты и ее продолжительность необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования с применением 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 явлений врач имеет право отложить или прекратить его выполнение.

Альтернативными методами диагностики являются: рентгенологическое исследование с контрастом, видеокапсульное 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 бронхо-легочные, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства, обострение хронического заболевания, инфекционные 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 распираия 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 подписания 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 случае 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 эндоскопического обследования верхних отделов ЖКТ я доверяю врачу, проводящему эндоскопическое исследование, изменить при необходимости объем медицинского вмешательства, в связи с чем уполномочиваю врачей выполнить любое дополнительное медицинское вмешательство, которое может понадобиться в целях диагностики и лечения (удаление новообразований 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 пищеварительного тракта перед проведением процедуры, а также в связи с иными факторами, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента.

Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом одновременно мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом, а также с врачом, проводящим 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, неблагоприятных 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 верхних отделов ЖКТ, в том числе с применением местной анестезии, может быть болезненной, что зависит от индивидуального порога чувствительности 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 подробностями и что он/она подписал(а) данный документ в моем присутствии после того, как я убедился(лась), что объяснение ему(ей) полностью понятно.

Врач _____

(Ф.И.О, подпись лечащего врача)

Дата « _____ » _____ 20__ г.

