*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**тонзиллэктомия**

*1. Общие положения*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

***граждан:***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Зарегистрированный/ая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или

лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: тонзиллэктомия методом, способом и с применением местной анестезии препаратами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать) или без применения местной анестезии (седация). Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии.

Настоящее согласие дано ООО «Пасифик Интернешнл Хоспитал», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., по адресу: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*в случае участия ассистентов, также подлежат указанию*).

*2. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству*

**Описание технологии.** Тонзиллэктомия – это хирургическая операция по удалению гланд или небных миндалин. Операция проводится детям с 3-х лет, в исключительных случаях - с 2-х лет.

*К факторам, способствующим развитию тонзиллита*, относятся:

* ослабленная иммунная система;
* наличие бактериальных воспалений;
* хронические инфекционные очаги в организме;
* воспаление носовых пазух;
* кариозные зубы;
* врожденные аномалии структуры миндалин.

*Длительность процедуры:* 30-60 мин.

**Показания к процедуре - подозрения на наличие отклонений:**

* тонзиллит c большим количеством рецидивов. Операцию назначают, если пациент страдает от 5-7 обострений в течение 1-2 лет;
* синдром остановки дыхания во сне;
* гнойные осложнения патологии;
* декомпенсированная форма заболевания;
* нарушения глотания;
* хронический тонзиллит, повышающий риски возникновения ряда сопутствующих патологий (болезней почек, ревматизма и др.);
* нарушения дыхания в дневное время.

**Методы медицинской процедуры:**

*Иссечение тканей специальным инструментом*. Метод применяется достаточно часто. К достоинствам методики относят возможности для полного удаления миндалин. Хирург может быстро вскрыть очаги с гнойным содержимым.

*Электрокоагуляция.* При таком вмешательстве миндалины иссекаются посредством воздействия на них электрического тока с заранее выбранными показателями. К достоинствам электрокоагуляции при удалении миндалин относят минимальную кровопотерю и высокую скорость проведения процедуры (при этом большая часть осложнений после данного вмешательства связана с нагревом здоровых тканей).

*Иссечение тканей ультразвуком.* Для вмешательства, которое проводится с применением специального скальпеля, характерны небольшая кровопотеря и минимальные повреждения окружающих тканей

*Радиочастотная абляция.* Проводится под местной анестезией, миндалины удаляются путем воздействия на них радиоволн. К достоинствам методики относят быстрое восстановление. Важно! Обычно методику используют для сокращения объема, а не удаления миндалин. Это связано с тем, что устранить крупные образования радиочастотами невозможно

*Метод термической сварки.* Проводится с применением инфракрасного лазера. К достоинствам метода относят отсутствие боли, возможности проведения под местным обезболиванием, минимальную кровопотерю и сокращение риска возникновения серьезных отеков тканей

*Иссечение тканей углеродным лазером.* Вапоризация – метод, отличающийся простотой, быстрым проведением вмешательства и коротким периодом реабилитации

*Коблация.* Данная методика основана на применении радиочастотной энергии. Рассечение тканей выполняется путем разъединения молекулярных связей между ними. К достоинствам методики относят минимум осложнений и быструю реабилитацию, обусловленные минимальной травматизацией тканей

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** достаточно одной процедуры.

**Предполагаемый результат:** устранение симптомов заболевания дыхательных путей.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: нет.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга доступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:**

*Абсолютные противопоказания:*

* серьезные заболевания крови;
* сахарный диабет;
* туберкулез легких;
* аномалии (аневризмы, например) сосудов глотки;
* тяжелые болезни нервной системы.

*Относительные противопоказания:*

* Инфекционные и воспалительные заболевания в стадии обострения;
* кариес и другие патологии ротовой полости, провоцирующие размножение опасных микрооорганизмов;
* обостренные дерматиты и другие патологии кожи.

Полный перечень противопоказаний зависит от выбранной врачом методики проведения вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

*3. Общие и специализированные риски.*

Мне в доступной форме разъяснено, и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от индивидуальной реакции организма. После процедуры могут возникнуть некоторые осложнения:

* небольшие кровотечения;
* болевые ощущения (после операции в ротовой полости??);
* дискомфорт при глотании;
* Рубцовые изменения на небе

Как правило, симптомы проходят самостоятельно в течение дня / нескольких дней. Вероятность серьезных осложнений стремится к нулю. Низкие риски обеспечиваются профессионализмом сотрудников и соблюдением правил асептики и антисептики.

В случае проявление осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

*4. Медицинские ограничения и рекомендации.*

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех общих рекомендаций поможет снизить риски осложнений.

Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее: не перегреваться и не переохлаждаться.

Уже на 2-3 сутки после проведения вмешательства ниши миндалин покрываются налетом. Можно ощутить увеличение дискомфорта при глотании. Может подниматься температура (несущественно). Налеты исчезают на 4-5 сутки. Полное очищение области вмешательства отмечается к концу второй недели реабилитационного периода. Окончательно раны заживают примерно через 2,5 недели.

После вмешательства, которое проводится с использованием хирургического инструмента (скальпеля), в течение суток ничего нельзя глотать. На следующий день разрешается пить и есть мягкую пищу. Щадящей диеты пациент должен придерживаться 10-20 дней.

На всем протяжении периода реабилитации запрещено: заниматься спортом, наклоняться и поднимать тяжести, поскольку избыточная нагрузка может привести и к кровотечению; употреблять алкогольные напитки, которые также могут стать причиной появления кровяных выделений; принимать горячую ванну; употреблять горячие блюда, соленые, острые продукты, газированные напитки. Следует отказаться и от чипсов, печенья, пряников, орешков, сухариков, которые могут повредить раневую поверхность

После тонзиллэктомии пациенту назначают специальную диету:

* детское пюре;
* протертая каша;
* мягкие кисломолочные продукты.

Через 3-5 дней после вмешательства можно начинать есть мягкие тефтели и котлеты, каши, макароны.

Во время реабилитации запрещено пить соки с цитрусовыми. Это обусловлено тем, что фруктовые кислоты обладают выраженным раздражающим действием.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Профилактика рецидивов тонзиллита – это целый комплекс мер, направленных на предотвращение повторных воспалений миндалин и поддержание здоровья горла. Основные методы включают:

* закаливание и укрепление иммунитета. Постепенные процедуры закаливания (контрастный душ, умывание холодной водой), регулярные прогулки на свежем воздухе и спорт помогают повысить сопротивляемость организма к инфекциям;
* правильное питание. Рацион, богатый витаминами, особенно С и D, поддерживает иммунитет. Рекомендуется употреблять больше свежих овощей, фруктов, рыбы и молочных продуктов.
* гигиена полости рта. Чистка зубов дважды в день и полоскание антисептическими средствами помогают уменьшить количество бактерий, которые могут провоцировать воспаление миндали;
* избегание переохлаждения. Важно одеваться по погоде, не пить слишком холодные напитки и избегать сквозняков, особенно в осенне-зимний период;
* регулярные визиты к врачу. Консультации с отоларингологом и, при необходимости, курсы профилактических процедур (полоскания, промывания миндалин) помогают снизить риск обострений;
* отказ от вредных привычек. Курение и чрезмерное употребление алкоголя ослабляют местный иммунитет и раздражают слизистую горла, что делает его более уязвимым к инфекциям.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

*5. Заключительные положения.*

 Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина, контактный телефон)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я **разрешаю /не разрешаю** *(нужное подчеркнуть)*врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

 Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Вышеуказанный Пациент ООО «Пасифик Интернешнл Хоспитал» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(должность, ФИО врача)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись Врача) (дата)*