*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**холицестоэктомия**

*1. Общие положения*

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

***Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:***

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

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

являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО 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: холицестоэктомия методом, способом и с применением анестезии препаратами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать). 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.** Холицестоэктомия - удаление желчного пузыря хирургическим методом.

*Длительность проведения процедуры:* от 30 до 90 минут.

*Подготовка к процедуре:*

1. лабораторные тесты:

* клинический и биохимический анализ крови;
* коагулограмма (показывает состояние свертывающей системы крови);
* выявление маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, сифилиса;
* определение группы крови и резус-фактора, а также фенотипирование;
* общий анализ мочи;

1. рентгенографию\я или низкодозовая компьютерная томография органов грудной клетки;
2. ЭКГ;
3. УЗИ органов брюшной полости;
4. консультация терапевта, при необходимости — других специалистов;

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

* развитие острого холецистита с риском перитонита и др. жизнеугрожающих осложнений;
* холедохолитиаз - наличие камней в желчных ходах;
* симптомная форма ЖКБ - частые пароксизмы боли в правом подреберье, малые симптомы (дискомфорт в животе после еды, нарушения стула, отрыжка);
* камни размером более 2,5-3 см.

*Факторы, провоцирующие развитие холецистита:*

* повышение литогенности желчи;
* нарушение сократительной способности желчного пузыря;
* возрастание давления в желчных ходах;
* инфекции желчного пузыря;

*Последствия несвоевременного медицинского вмешательства - осложнения:*

* острый холецистит;
* водянка и эмпиема желчного пузыря;
* желчный перитонит;
* механическая желтуха;
* вторичный билиарный цирроз;
* наружные и внутренние желчные свищи;
* рубцовые сужения желчевыводящих путей.

**Методы медицинской процедуры**: магнитоно-резонасный; эндоскопический.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: метод исследования желчных протоков, который с высокой точностью показывает наличие или отсутствие в них камней и выявляет анатомические особенности, которые нередки в этой зоне. Метод абсолютно безвреден, в отличие от эндоскопической холангиопанкреатографии.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** достаточноодной процедуры.

**Предполагаемый результат:** выздоровление пациента с желчнокаменной болезнью (ЖКБ); исчезают следующие симптомы: печеночные колики; тошнота; снижение аппетита и др.

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:**

* терминальное состояние;
* тяжелые нарушения свертывающей системы крови;
* декомпенсированные патологии жизненно важных органов;
* острый холецистит, симптомы которого появились более 3-х суток назад;
* 1-й и 3-й триместры беременности;
* крупные грыжи передней стенки живота.

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 медицинского вмешательства могут возникнуть некоторые осложнения (малая вероятность):

* подтекание желчи;
* кровотечение;
* образование тромбов;
* смерть;
* воздушная эмболия;
* возникновение проблем с сердцем;
* инфицирование послеоперационной раны;
* повреждение ближайших органов: желчного протока, печени и тонкого кишечника;
* панкреатит;
* Пневмония.

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.

После удаления желчного пузыря требуется круглосуточное медицинское наблюдение. В первые несколько дней необходим постельный режим. Возможно будет необходимо обезболивание с использованием наркотических анальгетиков.

Принимать душ допускается только с использованием специального антибактериального мыла. Следы от операции заживают быстро, через несколько месяцев обычно почти не видны.

Возвращаться к работе можно через несколько дней (но все зависит от индивидуальной ситуации каждого пациента). Полное восстановление может занимать от нескольких недель до нескольких месяцев.

В восстановительном периоде не требуется длительного ограничения обычной физической активности и применения сильнодействующих обезболивающих средств.

Врач может временно запретить приём некоторых лекарств и добавок, потому что они могут повысить вероятность возникновения кровотечения.

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

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)*