*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение**

**медицинского вмешательства репозиция костей носа**

*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 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: репозиция костей носа методом.

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.** Репозиция костей носа - это восстановление правильной анатомической формы носа пациента при переломе.

*Подготовка к проведению процедуры.* Пациент, получивший травму носа, с подозрением на его перелом обращается к отоларингологу, травматологу или хирургу. Врач осматривает нос снаружи, проводит риноскопию (осматривает структуры носа изнутри), затем направляет пациента на рентгенографию или компьютерную томографию для уточнения диагноза. Если возможности клиники позволяют, пациенту также может быть проведено эндоскопическое исследование задних отделов полости носа. Поскольку переломы носа более чем в половине случаев сопровождаются сотрясением мозга, пациента консультирует невропатолог и при необходимости оставляет свои рекомендации по лечению.

Когда пациент обследован, врач начинает непосредственную подготовку к риноскопии. Он повторно осматривает слизистую носа пациента, обрабатывает ее спиртовым раствором и закапывает сосудосуживающий препарат, который обеспечит уменьшение отека. Затем специалист проводит аппликационную анестезию (пропитывает марлевый тампон раствором анестетика, вводит его в полость носа на 5-7 минут) и делает инъекцию другого анестезирующего средства в область перелома снаружи (инфильтративная анестезия). Эти действия снизят чувствительность поврежденных тканей – пациент не испытает боли во время процедуры. Когда препараты подействуют, врач приступит к репозиции.

*Длительность медицинского вмешательства*: 30-60 минут.

**Показания к процедуре - подозрения на наличие отклонений:** перелом в результате травмы или иной ситуации.

В идеале процедуру следует выполнять в течение первых двух часов после травмы, когда отек мягких тканей вокруг перелома выражен недостаточно. Если этого сделать не удалось (например, пациент поздно обратился к врачу), репозицию проводят после того, как отек будет минимизирован – через 3-7 дней.

О переломе носовых костей свидетельствуют такие жалобы пациента:

* боль в области пораженных тканей;
* визуальная деформация костей носа (искривление спинки в бок, ее выпуклость либо вогнутость, сложная деформация);
* отек спинки носа;
* носовое кровотечение после травмы (не обязательно обильное);
* отечность мягких тканей, гематомы («синяки») под глазами;
* затруднения при дыхании.

**Методы медицинской процедуры.** В зависимости от клинической ситуации – особенностей перелома и соматического состояния пациента – восстановление целостности костей носа, придание ему правильной формы может быть выполнено разными методами.

*Виды репозиции:*

1. Пальцевая. Чаще используют этот метод при риносколиозе – смещении спинки носа в сторону. Врач давит на носовую перегородку пальцем в противоположном смещению направлении – происходит щелчок и кости становятся на место.
2. Инструментальная. Врач использует специальные инструменты – стерильные элеваторы Волкова. Вставляет элеватор нужного размера в полость носа и сильным нажатием смещает кости в противоположную перелому сторону, добиваясь их исходного положения. Затем выполняет тугую переднюю тампонаду – тампоны помогут сохранить кости в заданном положении и остановить кровотечение. Для обездвиживания носа специалист накладывает на него гипсовую повязку. Через 2-4 дня тампоны извлекает.
3. Оперативная. Сложные, многооскольчатые, открытые переломы костей носа репозиционируют только хирургическим путем. Пациент находится в медикаментозном сне – под наркозом. Врач стерильным инструментарием, соблюдая все правила асептики и антисептики, выполняет разрез мягких тканей над местом перелома, находит отломки, устанавливает их в правильном положении и фиксирует путем тампонады носа специальными пластинами или шинами. Мягкие ткани ушивает. Накладывает гипс. Если есть признаки воспалительного процесса, назначает антибактериальную терапию. Длительность операции по репозиции костей носа составляет 30-60 минут.

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

**Предполагаемый результат: е**сли репозиция носа была выполнена своевременно и пациент соблюдал все рекомендации врача после этой процедуры, носовые кости правильно срастаются, внешних признаков случившейся травмы не остается, функции органа обоняния сохраняются в полном объеме.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: аналогичные не предусмотрены.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна 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:**

* обострение хронических болезней;
* нарушение свертываемости крови;
* употребление противозачаточных препаратов и антикоагулянтов;
* тяжелые болезни сердца и почек;
* истощение организма и травматический шок;
* остеомиелит.

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 возможны следующие побочные реакции:

1. В первые 3-5 дней после репозиции костей носа пациент может отмечать боль в области повреждения, затруднение дыхания.
2. Наблюдается отек, но его можно снять посредством применения сосудосуживающих средств и соблюдения рекомендаций по реабилитации.

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 рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее.

Длительность реабилитации: 1-3 месяца.

Пациент носит гипс 1-2 недели. Полное восстановление поврежденных тканей наступает через 4-6 недель, при открытых переломах носа – через 2-3 месяца.

Чтобы восстановительный период прошел легко, пациенту следует избегать тяжелых физических нагрузок, не заниматься спортом, не носить очки, не посещать бассейн, солярий, бани и сауны, отказаться от употребления алкоголя, не получать травмы повторно.

Чтобы уменьшить отек слизистой, облегчить носовое дыхание, можно использовать сосудосуживающие спреи или капли.

Соблюдение рекомендаций врача позволит пациенту избежать осложнений.

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)

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

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.

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)*

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

 *(подпись пациента/представителя) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)*