*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**лапароскопия в гинекологии**

*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: лапароскопия методом, способом и с применением общей анестезии препаратами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать), допустимо применение местной анестезии (седации). 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.** Лапароскопия - это осмотр органов брюшной полости и органов малого таза с помощью специального оптического прибора - лапароскопа. Данная диагностическая процедура допустима к проведению у детей. Процедура проводится в ходе оперативного вмешательства.

*Подготовка к проведению процедуры.* За 14 дней до операции необходимо сдать общие анализы крови и мочи. Необходимо исследование биохимического состава крови и качества свертываемости, обследование на ВИЧ, сифилис, гепатиты С и В, мазок на флору, УЗИ органов малого таза и электрокардиограмма. За 3-4 дня до операции нужно исключить из рациона жирную, острую и вызывающую газообразование пищу. Накануне лапароскопии следует провести очищение кишечника в домашних условиях и прекратить прием еды и напитков за 6 часов до операции.

*Длительность процедуры:* от 30 мин до нескольких часов (зависит от индивидуальной ситуации).

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

* бесплодие неясного генеза;
* эндометриоз;
* наличие кист или других доброкачественных опухолей яичников;
* создание искусственной непроходимости маточных труб;
* воспаление малого таза и половых органов;
* спаечная патология;
* подозрение на атипию;
* миома матки;
* подозрение на внематочную беременность;
* разрыв маточных труб;
* синдрома хронических тазовых болей;
* внутренние кровотечения.

**Методы медицинской процедуры:** неклассический хирургический.

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

**Предполагаемый результат:** успешное лечение бесплодия, удаление кист яичников, миом матки, эндометриоза и других патологий.

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

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:**

* заболевания крови (малокровие, лейкемия);
* почечная и печеночная недостаточность;
* беременность;
* воспалительные заболевания;
* болезни сердечно-сосудистой системы (инфаркт, гипертония);
* индивидуальная непереносимость анестезирующего вещества;
* серьезные нарушения в работе эндокринной и нервной системы.

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 редко могут возникать некоторые осложнения:

* подкожная эмфизема, развивающаяся при введении в брюшную полость газовой смеси;
* травмы сосудов или внутренних органов;

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.

После операции пациент в течение 1-3-х часов находится во сне. В первые несколько часов после операции запрещено употреблять пищу, но можно пить чистую воду.

В последующие дни разрешается вводить в рацион постные каши, нежирные бульоны, котлеты на пару и натуральный йогурт. Придерживаться данной диеты следует не менее 3 дней. Физическую активность важно ограничить на 14–20 дней. Требуется половой покой в течение 10-14 дней.

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

Если после выписки появились одни из следующих симптомов, которые не проходят долгое время, требуется обратиться к врачу: повышенная температура тела; сильные болезненные ощущения в области живота; обморок (вплоть до потери сознания); чувство тошноты и рвота; кровотечение из раны.

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)*