*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**аппендоэктомия**

*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: аппендоэктомия 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.** Аппендоэктомия - операция по удалению аппендицита. Аппендицит представляет собой острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

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

* все формы острого аппендицита: поверхностный, гнойный, гангренозный, флегмонозный;
* осложненный разрывом и перитонитом аппендицит. Долго существующее воспаление в отростке может привести к его разрыву. Содержимое кишечника вместе с кровью и гноем выходит в брюшную полость;
* острый или хронический аппендицит;
* состояние после перенесенного аппендикулярного инфильтрата;
* наличие новообразований червеобразного отростка.

**Методы медицинской процедуры.** Традиционный метод - удаление червеобразного отростка через небольшой разрез, не более 12 см.

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

**Предполагаемый результат:** устранение болевых ощущений, предотвращение воспаления и вытекающих из этого последствий.

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

1. Лапароскопическая операция по удалению отростка. Хирургическое вмешательство проводится через микроразрезы. Посредством высокотехнологичного эндоскопического оборудования хирург открывает доступ в брюшную полость к воспаленному червеобразному отростку. В начале в брюшную полость вводится газовая смесь. В один из проколов вводится миниатюрная камера, которая будет транслировать изображение на монитор. Далее порядок действий, как при применении традиционного метода.
2. Трансгастральная аппендэктомия (без наружных разрезов). Специальные приспособления вводят через пищеварительный тракт, проводя по нужному участку кишечника.
3. Трансвагинальная аппендэктомия. Доступ к очагу воспаления проводится по восходящему пути через микроразрез в стенке влагалища.

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* отсутствуют.

*Относительные противопоказания:*

* формирование аппендикулярного инфильтрата;
* поздние сроки беременности;
* тяжелые нарушения свертываемости крови;
* перенесенные операции на органах брюшной полости;
* тяжелая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
* аномальное расположение червеобразного отростка.

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:

* кровотечение;
* воспаление и инфекция (нагноение шва);
* нарушение оттока желчи;
* хронический запор;
* нарушение работы печени;
* спайки в брюшной полости;
* повреждение соседних органов.

Место послеоперационной раны может немного болеть. Допустимо принятие нестероидных противовоспалительных препаратов (нурофен).

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 операции пациент несколько дней наблюдается оперирующим врачом-хирургом. Швы снимают на 7-10-й день. Пациента после лапароскопии наблюдают в стационаре 1-2 суток. После открытой аппендэктомии пациент находится в стационаре под наблюдением в течение 4-5 дней. В каждом случае срок определяется индивидуально.

Ранняя послеоперационная реабилитация включает:

* детоксикацию;
* соблюдение строгой диеты;
* восстановление функционального потенциала кишечника и мочевого пузыря.

В послеоперационном периоде пациенту могут назначаться лекарственные препараты (антибиотики, анальгетики). Проводится профилактика запоров (назначается специальная диета и слабительные средства).

Рекомендации после выписки:

* уход за кожей в области послеоперационной раны, кожа должна быть сухой и чистой;
* обрабатывать кожу вокруг раны следует бережно мыльным раствором;
* в течение месяца после операции можно принимать душ, но в ванне разрешено мыться после полного заживления раны;
* легкая физическая нагрузка в виде ходьбы разрешена на следующий день после операции; интенсивность физических нагрузок можно увеличивать по согласованию с лечащим врачом в среднем через 2-4 недели после операции.

Продукты, разрешенные после процедуры: молоко, творог; супы на постном бульоне; постное мясо (говядина); мясо птицы; рис, макароны.

В течение месяца после операции рекомендуется ограничить потребление жареных, острых, жирных и слишком соленых продуктов. Стоит ограничить потребление клетчатки, которая содержится в большом количестве во фруктах и овощах.

По мере заживления и восстановления общего самочувствия все продукты можно постепенно возвращать в рацион.

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)*