*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:**

**офисная гистероскопия, полипэктомия**

*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: офисная гистероскопия, полипэктомия методом, способом и с применением общей 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 метода:**

Офисная гистероскопия – это малоинвазивный метод диагностики патологий шейки и полости матки и забора биоматериала для его дальнейшего гистологического исследования на наличие атипичных клеток. В ходе процедуры можно не только диагностировать полипы, но и удалить их.

Полипэктомия (удаление полипа матки) - это иссечение локального доброкачественного новообразования, которое произрастает из слизистой оболочки эндометрия. Полипы матки имеют вид овальных/округлых образований на тонкой ножке или похожи на бугорки, располагающиеся на широком основании.

Процедура выполняется при помощи специального прибора – гистероскопа. Он имеет вид гибкой и тонкой (диаметр = 2 мм) трубки, оснащенной оптикой и источником света. Гистероскоп вводится в полость матки без расширителя, поэтому данный метод не вызывает травматизации шейки матки и предпочтителен для нерожавших пациентов. В ходе удаления полипа на монитор в режиме реального времени передается изображение, его степень разрешения позволяет врачу обнаружить даже патологические образования, размер которых не превышает 2-х мм. Для удаления полипа используется гистерорезектоскоп, который позволяет провести хирургическую манипуляцию.

**Подготовка к процедуре.** Удаление полипа при гистероскопии матки или выполнение процедуры с диагностической целью требуют определенной подготовки:

* клинические анализы крови и мочи;
* коагулограмма (определение особенностей свертываемости);
* ЭКГ;
* анализы крови на инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатиты В,С и сифилис);
* мазки на флору;
* определение группы крови и резус-фактора;
* биохимический анализ крови (определение работы печени, почек, а также уровня глюкозы);
* УЗИ органов малого таза.

При необходимости, следует произвести кольпоскопию, ФГ, проконсультироваться с терапевтом (при наличии сопутствующих заболеваний). На первичной консультации гинеколог обязательно информирует пациентку об особенностях самостоятельной подготовки и образе жизни перед операцией: необходимо воздерживаться от интимной жизни за несколько дней до гистероскопии, отказаться от гелей, спреев для интимной гигиены, использования свечей и спринцеваний. За 12 часов до назначенного вмешательства следует отказаться от принятия пищи и жидкости.

**Показания к процедуре - подозрения на наличие отклонений.** В большинстве случаев полипы матки не проявляют себя, и пациенты могут долгое время не знать о существовании проблемы. Признаками наличия полипов на слизистой оболочке эндометрия матки являются:

* обильные менструации – меноррагии;
* нарушения менструального цикла, в том числе - кровотечения вне менструации и в период менопаузы;
* мажущие выделения после полового акта;
* невынашивание плода, проблемы с зачатием, бесплодие.

При больших полипах пациенты могут испытывать чувство дискомфорта во время полового акта и периодические схваткообразные боли внизу живота, а также замечать обильные белесоватые выделения.

**Методы медицинской процедуры:** диагностический, хирургический.

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

**Предполагаемый результат:** определение количества и местоположения полипов, удаление всех выявленных новообразований. В целом, избавление от чувства дискомфорта и предупреждение рисков развития заболеваний на ранних стадиях.

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:

* беременность;
* инфекции, передающиеся половым путем;
* декомпенсированные хронические заболевания, препятствующие проведению наркоза;
* вульвовагиниты;
* заболевания, сопровождающиеся склонностью к кровотечениям.

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 в первые дни могут быть тянущие боли внизу живота, также могут наблюдаться кровянистые выделения.

Как правило, эти 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.

При этом максимально кровянистые выделения из половых путей могут наблюдаться в течение 5-7 дней и сопровождаться умеренной болью, носящей ноющий характер — в большинстве случаев ощущения напоминают те, которые возникают в первые дни менструации.

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. Для скорейшего восстановления организма и во избежание осложнений в период реабилитации необходимо соблюдать рекомендации врача. В частности, следует принимать назначенные врачом медикаменты (например, аналгезирующие препараты, спазмолитики или антибиотик). В течение 10-и дней рекомендовано соблюдать половой покой и ограничить физические нагрузки. До полного восстановления необходимо исключить распаривающие процедуры и посещение бассейна/открытых водоемов. Не рекомендовано пользоваться менструальными чашами и тампонами.

Для облегчения состояния пациентки назначаются обезболивающие средства, расслабляющие мускулатуру матки. Курс антибиотиков назначается в целях профилактики воспалительных 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 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)*