*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**вазотомия**

*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: вазотомия методом, способом и с применением местной аппликационной анестезии: в полость носа вводятся тампоны, пропитанные 10% раствором лидокаина; после того, как лекарство подействовало (примерно через 2-3 минуты) шприцем с тонкой иглой вкалывается 2% раствор лидокаина или ультракаина в носовую раковину, на которой будет проводиться вазотомия). 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.** Вазотомия — это хирургический способ уменьшения кровоснабжения гипертрофированной слизистой оболочки носа в силу вазомоторного ринита, приводящий к полноценному восстановлению носового дыхания. Вазомоторный ринит — это хроническое нарушение нейрогуморальной регуляции сосудистых сплетений носовой полости, вызывающее гипертрофию слизистой оболочки и ведущее к нарушению функции носового дыхания.

*Состояния, предрасполагающие возникновение и прогрессирование вазомоторного ринитa:*

* неконтролируемое использование сосудосуживающих препаратов;
* длительный контакт с загрязненным воздухом;
* прием некоторых лекарственных препаратов (бета-блокаторы, ингибиторы циклооксигеназы, нестероидные противовоспалительные препараты и др.);
* эндокринные нарушения;
* беременность;
* постоянный стресс;
* избыточная физическая нагрузка;
* курение и злоупотребление алкоголем.

*Подготовка к операции:*

* риноскопия (осмотр носовой полости с помощью эндоскопического оборудования);
* эхосинусоскопия ( исследование придаточных пазух при помощи ультразвука);
* компьютерная томография (по показаниям);
* сдача лабораторных анализов: общий анализ крови (включающий лейкоцитарную формулу и тромбоциты); коагулограмма (определение показателей свертываемости крови и времени кровотечения); исследование мочи; анализ на инфекции (ВИЧ, сифилис, гепатиты); определение группы крови и резус-фактора;
* санация ротовой полости (лечение кариозных зубов);
* противовоспалительная терапия преддверия носовой полости.

*Длительность процедуры:* 25-40 минут.

**Показания к процедуре -** разные типы нарушения носового дыхания, не позволяющие применить консервативное лечение:

* аллергический ринит;
* вазомоторный ринит;
* гипертрофический ринит.

**Показания к процедуре подросткам с 16 лет:**

* сильный вазомоторный ринит - нарушение тонуса сосудов носа;
* сильная гипертрофия слизистой носовых раковин - разрастание слизистой носа;
* особо выраженные спайки в носовой полости;
* искривление носовой перегородки с нарушением проходимости ходов.

**Методы медицинской процедуры:**

1. Электроагуляция (электрокаутеризация, гальванокаустика): внутрь носовой раковины вводится электрод, нагретый постоянным током; за счет контакта горячего электрода с тканями происходит их прижигание.
2. Вазотомия с помощью традиционных хирургических инструментов: распаратора и скальпеля: большая кровопотеря: производится разрез скальпелем, в который вводится распатор (плоский прямой металлический инструмент); механически разрушаются сосуды по всей длине носовой раковины.
3. Лазерная коагуляция: под слизистую носовой раковины вводится проводник лазерного аппарата; нагревание и разрушение сосудов происходит под воздействием лазерной энергии;
4. Радиоволновая вазотомия: действует переменный ток высокой частоты, генерирующий радиоволны.

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

**Предполагаемый результат:** восстановление носового дыхания.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: нет, если консервативное лечение уже не помогло.

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:**

* нарушение свертываемости крови (коагулопатия);
* острые инфекционные заболевания;
* период менструального кровотечения.

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:

* при применении метода электрокоагуляции: травматичность для слизистой, вероятность развития атрофического процесса;
* при применении метода вазотомии с помощью традиционных хирургических инструментов распатора и скальпеля: большая кровопотеря (после операции потребуется тампонада полости носа как минимум на сутки); более болезненный по сравнению с др. методами;
* при применении лазерной коагуляции (лазерная вазотомия, лазерная редукция): риск небольшого повреждения окружающих тканей;
* при применении радиоволновой вазотомии (радиочастотная коагуляция): риск небольшого повреждения окружающих тканей;
* ультразвуковая дезинтергация: высокий риск возникновения рецидива.

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.

Реабилитационный период после вазотомии длится около недели. Происходит отхождение слизи и корок, регенерация и полное восстановление функций слизистой оболочки носовой полости. Рецидивы и осложнения встречаются очень редко.

Существует ряд ограничений, которые следует соблюдать в реабилитационном периоде после подслизистой вазотомии:

* запрещается чрезмерная физическая нагрузка (особенно резкие наклоны головы и туловища);
* крайне нежелательно употребление алкогольных напитков;
* недопустимо пребывать в жарких местах (бани, сауны, парные).

Полость носа нуждается в тщательном очищении на 3-й, 4-е дни после операции врачом-отоларингологом. В домашних условиях для очищения слизистой и ускорения регенеративного процесса применяются специальные назальные спреи и капли, разрешается применение персикового или оливкового масла.

Для ликвидации послеоперационного отека слизистой применяются десенсибилизирующие (антигистаминные) препараты. Применение сосудосуживающих препаратов в этом периоде строго запрещено, вследствие риска возникновения рецидива заболевания.

Заложенность носа обычно длится не более 3-х-4-х дней. После этого идет постепенное уменьшение отека слизистой оболочки и восстановление полноценного носового дыхания.

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)*