ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ «МЕДАР»
ЛИЦЕНЗИЯ № Л041-01021-66/00296465 от 23.12.2014 г.

ОГРН 1136685023364 ИНН\КПП 6685042514/668501001
Уральский банк ПАО «Сбербанк России»
БИК 046577674 кор./расчет.счет 30101 810 5 0000 00 00674 / 40702810316540041118
Юр./Факт.адрес: 624003, Свердловская область, Сысертский район,
город Арамиль, ул. 1 Мая, д.69, пом.6
Тел.: +7-343-328-18-38

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство – биопсия молочной железы

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента)

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента _____

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – **биопсия молочной железы.**

Врач сообщил мне, что противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации

2. Суть медицинского вмешательства:
Мне разъяснено, что

- ✓ биопсия молочной железы представляет собой малоинвазивное вмешательство, направленное на получение тканей молочной железы с целью проведения гистологического исследования для определения природы опухоли, которая может быть и доброкачественной, и злокачественной. Биопсия молочной железы выполняется в амбулаторных условиях, не требующих госпитализации пациента в стационар**. Перед биопсией рекомендуется исследовать свертывающую систему крови и исключить прием антикоагулянтов**
- ✓ биопсия молочной железы может осуществляться методом аспирационной биопсии, методом пункционной биопсии
    - аспирационная биопсия проводится под ультразвуковым контролем путем введения сверхтонкой иглы типа Чиба в предполагаемый патологический очаг. Конец иглы распознается ультразвуковым сканером, который оснащен монитором для визуализации информации, благодаря чему обеспечивается точность забора тканей. После присоединения шприца с отрицательным давлением создается эффект аспирации. Забор клеточного материала осуществляется через просвет иглы. В дальнейшем клеточный материал переносится на предметные стекла и подвергается цитологическому исследованию. Такой метод биопсии практически безболезненный и дает возможность осуществить за одну процедуру несколько введений иглы в разные точки железы;
    - пункционная биопсия выполняется специальной биопсийной иглой, конструкция которой позволяет получить небольшой фрагмент ткани, который в последствии подвергается гистологическому исследованию.

Мне разъяснены основные этапы медицинского вмешательства. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. Ожидаемые результаты: гистологическое исследование является наиболее точным методом диагностики маммологических заболеваний, в особенности злокачественных новообразований.

4. Возможные негативные последствия (осложнения):
Мне разъяснено, что после биопсии молочной железы возможны кровоизлияния в местах введения иглы и умеренные болевые ощущения, самостоятельно регрессирующие в течение первых суток.

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. Мне разъяснены состояние моего/(пациента) здоровья и характер необходимого медицинского вмешательства.

6. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства – биопсии молочной железы, том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

8. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту медицинское вмешательство - **биопсию молочной железы**

9. **Я удостоверяю**, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

10. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент с 15 лет _____

_____

Законный представитель пациента _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность и права законного представителя:

_____

Врач _____

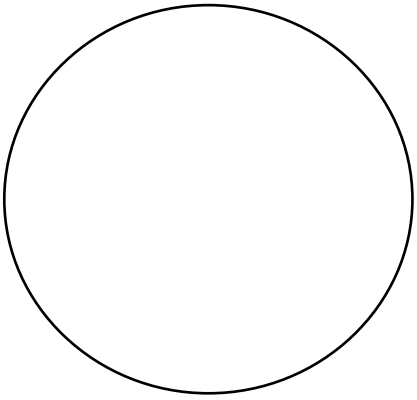
(Ф.И.О) /подпись/

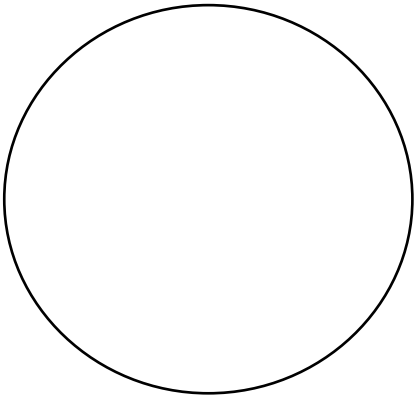
«_____» _____202__ г.

Протокол тонкоигольной аспирационной биопсии молочной железы

В асептических условиях под контролем ультразвукового линейного датчика проведена

Правой молочной железы **Левой молочной железы**





Полученный материал (жидкость ___ мл.) направлен на цитологическое исследование.
Манипуляция проведена без осложнений. Наложена асептическая повязка.