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 проведение ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ

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 – проведение **ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ**

Я знаю о наличии у меня (пациента) повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам: _____
_____
Я знаю об имеющихся (имевшихся) у меня (пациента) следующих заболеваниях, травмах, операциях: _____

В настоящее время я (пациент) принимаю следующие лекарственные средства: _____
_____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего (пациента) здоровья может способствовать развитию осложнений или даже стать их причиной.

Врач сообщил мне что, **противопоказаниями для проведения данного лечения являются:**

- доказанная гиперчувствительность к любому компоненту препарата;
- воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции (инъекций);
- острая фаза инфекционных заболеваний;

2. Суть медицинского вмешательства: введение обезболивающих лекарственных препаратов (местных анестетиков и глюкокортикостероидов) **к очагу болей**, в том числе внутримышечно, подкожно, внутрикожно, паравертебрально, параарикулярно, в виде проводниковых блокад (при этом выбор способа введения препарата определяется химическими свойствами действующего вещества, степенью тяжести заболевания, расположением органа или системы, возможностью подбора дозировки препарата и скоростью наступления эффекта).

3. Ожидаемые результаты: - уменьшение интенсивности болевого синдрома не менее, чем на 50%, которое проявляется в первые часы после инъекции, максимальный эффект обычно отмечается в течение нескольких дней.

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

4. Мне в доступной форме предоставлена информация **о возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффекто**в, а также **вероятных осложнений**, в том числе:

- возникновение неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур,
- развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока),

- возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обусловливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции,
- токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации),
- истерической реакции, обморока, судорожных состояний,
- развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв,
- обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления,
- механического повреждения органа

5. **Я понимаю**, что невозможно абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата и отсутствие осложнений после **ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ**. Никто, в том числе врач, не давал мне таких гарантий;

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

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время **ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ** или после нее могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения.

7. Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик: - лекарственная терапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура, мануальная терапия

6. Мне разъяснены состояние моего (пациента) здоровья и характер медицинского вмешательства.

8. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне (пациенту) **ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДУ.**

9. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения лечащего врача.

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

11. 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)

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

Подпись пациента с 15 лет _____

Подпись законного представителя Пациента _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность и права законного представителя:

_____

Подпись врача _____

должность, фамилия (полностью) и. о.

«___»_____20 ___ г.