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 - ПАЙПЕЛЬ- БИОПСИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

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 **– пайпель-биопсия эндометрия.**

Я знаю о наличии у меня /пациента повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам:_____
_____
В настоящее время я /пациент принимаю(ет) следующие лекарственные средства:_____
_____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений со стороны органов малого таза или даже стать их причиной.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного лечения являются:
острый цервицит; кольпит, эндометрит, признаки воспалительного процесса в мазках на флору, острые воспалительные заболевания в момент процедуры (повышенная температура тела, признаки острой инфекции любой локализации)

2. Суть медицинского вмешательства: пайпель-биопсия эндометрия– это процедура, направленная на получение материала из полости матки с последующим гистологическим исследованием. Используется в комплексном обследовании при подозрении на патологию полости матки, эндометрия.

Мне разъяснено,что при проведении пайпель-биопсии эндометрия пациентка находится в положении лежа на гинекологическом кресле.Врач вводит во влагалище зеркало и проводит процедуру, которая заключается в том, что после обработки антисептическим раствором, шейка матки берется на пулевые щипцы, в полость матки вводится инструмент для забора материала из полости матки.

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

3. Ожидаемые результаты:

В результатебудет получен материал из полости матки, который может быть отправлен для дальнейшего гистологического или цитологического исследования, по результатам которых врач назначит дальнейшее лечение.

4. Особенно важным и полностью ясным для меня представляется следующее:

4.1.Мне сообщено, что при проведении пайпель-биопсии эндометрия возможно возникновение осложнений и нежелательных явлений**, а именно:**

- ✓ дискомфорт или боли внизу живота непосредственно во время и/или сразу после процедуры;
- ✓ скудные выделения в течение 3-х и более дней;
- ✓ повреждение органа, прободение органа, кровотечение, приводящее к удалению матки.

4.2. Я предупреждена о необходимости соблюдать рекомендации врача после проведения пайпель-биопсии эндометрия, **а именно:** половой покой в течение 2-3 дней после процедуры.

4.3. Я информирована, что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. Я поставлена в известность о существовании альтернативных методик: проведение диагностического выскабливания полости матки под наркозом.

6. Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

7. Я информирована о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства, а именно: не будут получены данные о состоянии тканей полости матки и у врача не будет данных о заболевании

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

9. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту медицинское вмешательство **- пайпель-биопсия эндометрия**

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

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)

Пациент (с 15лет) _____

(Ф.И.О) /подпись/

Законный представитель _____

(Ф.И.О) /подпись/

_____

(Реквизиты документа, удостоверяющего личность и права законного представителя)

Врач _____

(Ф.И.О., должность) /подпись/

«_____» _____202__ г.