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 - УДАЛЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОГО ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОГО СРЕДСТВА

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 - **удалении внутриматочного противозачаточного средства**

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:
- ✓ отсутствие визуализации нитей ВМК;
- ✓ отсутствие визуализации ВМК по данным УЗИ

2. Суть медицинского вмешательства (удаление внутриматочного противозачаточного средства) заключается в следующем:

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, потягиванием за нити проводится удаление ВМК.

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:

Удаление внутриматочного контрацептива (ВМК)

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

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время **удаления внутриматочного противозачаточного средства** или после возможно возникновение осложнений и нежелательных явлений, а именно:

- ✓ боли внизу живота похожие на менструальные во время процедуры
- ✓ скудные кровянистые выделения в течение нескольких дней после удаления ВМК

Я понимаю, что невозможно абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата от **удаления внутриматочного противозачаточного средства** и отсутствие осложнений. Никто, в том числе врач, не давал мне таких гарантий; При отсутствии возможности удалить ВМК в амбулаторных условиях – пациентка будет направлена в стационар для удаления ВМК под наркозом в условиях операционной

Я предупреждена о необходимости соблюдать рекомендации врача после проведения **удаления внутриматочного противозачаточного средства**, а именно**:** половой покой в течение 5 дней после процедуры.

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

5. Я поставлена в известность о существовании альтернативных методик: отсутствуют

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. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту **удаления внутриматочного противозачаточного средства**

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

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 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/

«_____» _____20___ г.