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 ВАКУУМ-АСПИРАЦИЮ 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 – **ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ 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 (вакуум-аспирация эндометрия) заключается в следующем:
Процедура направлена на получение материала или удаление содержимого из полости матки. Используется в комплексном обследовании при подозрении на патологию полости матки, эндометрия.
Мне разъяснено, что при проведении вакуум-аспирации 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 «отсасывания» материала 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 результате будет получен материал из полости матки, который может быть отправлен для дальнейшего гистологического или цитологического исследования, по результатам которых врач назначит дальнейшее лечение, либо будет опорожнена полость матки, что будет способствовать лучшему ее сокращению.

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

4.1. Мне сообщено, что при проведении **вакуум-аспирации 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 понимаю, что невозможно абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата от **вакуум-аспирации эндометрия** и отсутствие осложнений. Никто, в том числе врач, не давал мне таких гарантий;

5. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время **вакуум-аспирации эндометрия** или после него могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения.

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

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

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

9. Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства.

10. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту **вакуум-аспирацию эндометрия.**
Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

11. Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства, а именно: отсутствие возможности установить правильный диагноз.

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

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

14. 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.