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 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР С ПРИМЕНЕНИЕМ МАНИПУЛЯЦИЙ

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»

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

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента
_____
настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – **гинекологический осмотр с применением манипуляций**

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 привести к неправильным рекомендациям и тактике врача.

2. При осмотре врача-гинеколога могут быть применены следующие манипуляции (медицинские вмешательства):

- **Бимануальное исследование:**

Суть вмешательства - врач пальпирует стенки влагалища, его своды, шейку матки, саму матку и яичники, при этом одна рука располагается на животе, палец второй руки вводится во влагалище (девственницам - в анус).

- **Осмотр шейки матки в зеркалах:**

Суть вмешательства - врач использует гинекологическое зеркало для осмотра слизистой оболочки стенок влагалища, шейки матки (вводится во влагалище).

- **Взятие материала из влагалища, уретры, цервикального канала:**

Суть вмешательства - врач производит забор отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры стерильным инструментарием для дальнейшего исследования (диагностика признаков воспаления, патогенных микроорганизмов, изменения нормофлоры влагалища, выявление атипичных клеток).

- **Кольпоскопия:**

Суть вмешательства – врач проводит осмотр слизистой шейки матки и влагалища с помощью специального оборудования (кольпоскопа), с применением лекарственного препарата (раствор Люголя, 3% раствор уксусной кислоты), которым смазывается шейка матки.

- **Ректовагинальное исследование (проведение по необходимости):**

Суть вмешательства - осуществляется путем введения указательного пальца во влагалище, а среднего – в прямую кишку.

- **УЗИ ОМТ** (трансабдоминально и трансвагинальным датчиками) в целях выявления патологии малого таза придатков и полости, матки.

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

3.1. Я предупреждена о том, что в ходе гинекологического осмотра могут возникать дискомфорт, усиление болевых ощущений в исследуемой зоне при выполнении бимануального осмотра, осмотра шейки матки в зеркалах в силу анатомических, психологических особенностей пациентки, а также в силу особенностей течения самого заболевания.

Процедура забора материала из влагалища, уретры, шейки матки может сопровождаться дискомфортом. После забора цервикального мазка возможно незначительные кратковременные кровянистые выделения.

4. 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.

5. Мне разъяснено содержание указанных выше медицинских действий. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

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

7. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** провести мне/пациенту медицинское вмешательство - **гинекологический осмотр с применением манипуляций.**

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

9. 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.