

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом эналаприл**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом эналаприл**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **эналаприл** применяется согласно клиническим рекомендациям по лечению артериальной гипертензии у детей от 2021 года, сила рекомендаций - 1, достоверность доказательств - А.

Препарат **эналаприл** применяют при: артериальной гипертензии (в т.ч. реноваскулярной), хронической сердечной недостаточности (в составе комбинированной терапии), из расчёта 0,08 мг/кг /сутки в 1 прием.

Препарат **эналаприл** выпускается в дозировке 2,5 мг, 5 мг, 10 мг и 20 мг.

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких

- со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, чувство усталости, повышенная утомляемость, очень редко при применении в высоких дозах — расстройство сна, нервозность, депрессия, нарушение равновесия, парестезии, шум в ушах;

- со стороны сердечно-сосудистой системы: ортостатическая гипотензия, обморок, сердцебиение, боли в области сердца. Очень редко при применении в высоких дозах — приливы;

-со стороны пищеварительной системы: тошнота, редко — сухость во рту, боли в животе, рвота, диарея, запор, нарушение функции печени, повышенная активность печеночных трансаминаз, повышение концентрации билирубина в крови, гепатит, панкреатит,

-со стороны мочевыделительной системы: редко — нарушения функции почек, протеинурия;

-со стороны дыхательной системы: сухой кашель;

-со стороны репродуктивной системы: очень редко при применении в высоких дозах — импотенция;

дерматологические реакции: очень редко при применении в высоких дозах - выпадение волос;

аллергические реакции — редко — кожная сыпь, отёк Квинке;

Прочие- редко — гиперкалиемия, мышечные судороги.

**Противопоказания:** Ангионевротический отёк в анамнезе, двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз почечной атрии единственной почки, гиперкалиемия, порфирия, одновременное применение с алискиреном у пациентов с сахарным диабетом или нарушением функции почек ( $\text{КК} < 60 \text{ мл/мин}$ ), беременность, период лактации (грудного вскармливание), детский и подростковый возраст до 18 лет, повышенная чувствительность к эналаприлу и другим ингибиторам АПФ.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования препаратором **эналаприл**.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и

поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учётом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **эналаприл**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом эзомепразол**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом эзомепразол**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата.

Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените», эзомепразол включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения детей.

**Эзомепразол** является слабым основанием, он концентрируется и переходит в активную форму в сильнокислой среде секреторных канальцев париетальных клеток, где ингибитирует протонный насос - фермент Н+/К+-АТФазу. Эзомепразол ингибирует как базальную, так и стимулированную желудочную секрецию.

**Показания: Язвенная болезнь желудка в фазе обострения и язва анастомоза; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; эрозивная и язвенная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у взрослых и детей старше 12 лет или рефлюкс-эзофагит; поддерживающая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; синдром Золлингера-Эллисона и другие состояния, характеризующиеся патологической гиперсекрецией; в комбинации с соответствующей антибактериальной терапией для эрадикации *Helicobacter pylori* у пациентов с язвенной болезнью желудка**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз, панцитопения, головная боль, бессонница, головокружение, парестезии, сонливость, нечеткость зрения, ажитация, спутанность сознания, депрессия, агрессия, галлюцинации, боль в животе, запор, диарея, метеоризм, тошнота/рвота, сухость во рту, нарушение вкуса, стоматит, кандидоз ЖКТ, микроскопический колит (подтвержденный гистологически), повышение активности печеночных трансаминаз, гепатит с желтухой или без нее, печеночная недостаточность, энцефалопатия у пациентов, имеющих заболевания печени в анамнезе, бронхоспазм, дерматит, зуд, сыпь, крапивница, алопеция, фоточувствительность, мультиформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, подострая кожная красная волчанка, переломы шейки бедра, костей запястья, позвонков, артрит, миалгия, мышечная слабость, интерстициальный нефрит, развитие почечной недостаточности, гинекомастия, лихорадка, ангионевротический отек и анафилактическая реакция/анафилактический шок, периферический отек, гипонатриемия, гипомагниемия (может быть ассоциирована с гипокалиемией), тяжелая гипомагниемия (может коррелировать с гипокальциемией), недомогание, повышенная потливость, реакции в месте введения.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **эзомепразол 1-2 мг/кг/сут.**

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и

поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **эзомепразол**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом суматриптан**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении терапии лекарственным препаратом суматриптан**, рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **суматриптан** по инструкции назначается с 18 лет.

Препараты группы триптанов показаны в качестве средства купирования приступов мигрени (согласно федеральным клиническим рекомендациям по лечению мигрени у детей).

**Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, инсульт в анамнезе, гемиплегическая, базилярная мигрень, фармакологически неконтролируемая артериальная гипертензия, тяжёлые нарушения функции печени и почек, дефицит лактазы.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: головокружение, сонливость, одышка, диспепсия.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать режим приема в ходе терапии препаратом **суматриптан**, рекомендованный лечащим врачом.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **суматриптан**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон )**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении терапии лекарственным препаратом эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон)**, рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон )** по инструкции назначается с 18 лет.

Препарат **Синкаптон** показаны в качестве средства купирования приступов мигрени (согласно федеральным клиническим рекомендациям по лечению мигрени у детей).

**Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата феохромоцитома, бронхиальная астма, тиреотоксикоз, гемиплегическая, базилярная мигрень, порфирия, артериальная гипертензия, тяжёлые нарушения функции печени и почек, дефицит лактазы. О других противопоказаниях я также информирован(а).**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: отёки, сонливость, судороги в икроножных мышцах, диспепсия.

О других более редких побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе терапии препаратом **Синкаптон (эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат)эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон )**: по 1/2т детям с 6л (по 1т детям с 12л) однократно внутрь при головной боли.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказать на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на применение терапии препаратом **эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон )**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом этинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом этинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон)**, рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что согласно инструкции, препарат назначается у лиц старше 18 лет.

Препарат **етинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон)** в качестве гормонального гемостаза назначают при неэффективности негормональной терапии (транексамовая кислота), для снижения объема кровопотери у подростков до 18 лет, согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения РФ от 2021 г. «Аномальные маточные кровотечения» пункт 7.1 АМК у подростков рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) по АТХ-прогестаген и эстрогены (фиксированные сочетания) для снижения объема кровопотери у пациенток с АМК и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов (уровень убедительности рекомендаций А (уровень доказательств-2). Низкодозированные (30мкг этиниэстрадиола монофазные КОК МНН Левоноргестрел+Этинилэстрадиол применяют каждые 8 часов для остановки АМК с последующим постепенным снижением суточной дозы.

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: вагинит, вагинальный кандидоз, перепады настроения, депрессия, снижение либидо, нервозность, головная боль, тошнота, рвота, боль в животе, акне, нарушение менструального цикла, дисменорея, болезненность/чувствительность молочных желез, эктопия шейки матки, выделения из влагалища, отеки, задержка жидкости, увеличение массы тела, головокружения, аллергический дерматит (сыпь, крапивница, зуд), увеличение массы тела, изменение аппетита, мигрень, артериальная гипертензия, диарея, спазмы в животе, вздутие, сыпь, крапивница, хлоазма с риском персистирования, гирсутизм, выпадение волос, сонливость, реакция гиперчувствительности, анафилактические реакции с очень редкими случаями крапивницы, ангионевротического отека, сердечно-сосудистых и тяжелых дыхательных нарушений, нарушение толерантности к глюкозе, непереносимость контактных линз, ВТЭ, АТЭ, холестатическая желтуха, узловая эритема, печеночно-клеточный рак, доброкачественные опухоли печени, обострение системной красной волчанки, обострение порфирии, обострение хореи, неврит зрительного нерва, тромбоз сосудов сетчатки, усугубление варикозной болезни, ишемический колит, панкреатит, конкременты в желчном пузыре, холестаз, многоморфная эритема, гемолитико-уреический синдром, снижение концентрации фолатов в сыворотке крови.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **етинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон)**.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня

ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом, **этинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон)**, а также согласен через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом рабепразол**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом рабепразол**, рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата.

Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените» **рабепразол** включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения детей. включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения гастрита, дуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Препарат **рабепразол** относится к классу антисекреторных веществ, производных бензимидазола. Подавляет секрецию желудочного сока путем специфического ингибиования Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФ-азы на секреторной поверхности париетальных клеток желудка. Блокирует заключительную стадию секреции соляной кислоты, снижая содержание базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. Обладая высокой липофильностью легко проникает в париетальные клетки желудка, концентрируется в них, оказывая цитопротекторное действие и увеличивая секрецию гидрокарбоната.

**Показания: Язвенная болезнь желудка в фазе обострения и язва анастомоза;** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; эрозивная и язвенная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у взрослых и детей старше 12 лет или рефлюкс-эзофагит; поддерживающая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; синдром Золлингера-Эллисона и другие состояния, характеризующиеся патологической гиперсекрецией; в комбинации с соответствующей антибактериальной терапией для эрадикации *Helicobacter pylori* у пациентов с язвенной болезнью желудка

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения, лейкоцитоз, отек лица, эритема, острые системные аллергические реакции, анорексия, гипонатриемия, гипомагниемия, бессонница, повышенная возбудимость, головная боль, головокружение, сонливость, слабость, депрессия, спутанность сознания, нарушение зрения, периферические отеки, кашель, фарингит, ринит, бронхит, синусит, диарея, тошнота, рвота, боль в животе, запор, метеоризм, железистые полипы дна желудка (добропачественные), диспепсия, сухость слизистой оболочки рта, отрыжка, гастрит, стоматит, изменение вкуса, микроскопический колит, гепатит, желтуха, кожная сыпь, эритема, кожный зуд, повышенное потоотделение, буллезные реакции, полиформная эритема, токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса-Джонсона, подострая кожная красная волчанка (ПККВ), неспецифические боли, боль в спине, миалгия, артраптогия, судороги икроножных мышц, инфекции мочевыводящих путей, интерстициальный нефрит, гинекомастия, астения, гриппоподобный синдром, боль в грудной клетке, озноб, лихорадка, увеличение активности «печеночных» ферментов, увеличение массы тела, увеличение риска возникновения переломов.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратором **рабепразола** 1-2 мг/кг/сут.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратором **рабепразол**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом пропранолол (Анаприлин)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом пропранолол (Анаприлин)**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр». Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **пропранолол (Анаприлин)** по инструкции назначается с 18 лет.

Препарат **пропранолол** показан в качестве средства профилактического лечения при мигрени (согласно федеральным клиническим рекомендациям по лечению мигрени у детей).

**Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, АВ блокада, синдром слабости синусового узла, ЧСС менее 60 уд./мин., САД менее 100 мм.рт.ст., острые сердечные недостаточности, острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок, отёк лёгких, неконтролируемая хроническая сердечная недостаточность, кардиомегалия, синдром Рейно, метаболический ацидоз, бронхиальная астма, феохромоцитома, беременность, лактация, дефицит лактазы.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: ощущение сердцебиения, боль в груди, ортостатическая гипотензия, похолодание конечностей, диспепсия, расстройство сна, синдром Стивенса-Джонсона.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **пропранолол (Анаприлин)**: регулярный прием 2-3 раза в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказать на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **пропранолол (Анаприлин)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом сультиам (Осполот)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом сультиам (Осполот)**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **сультиам (Осполот)** не зарегистрирован на территории РФ.

Препарат **Осполот** более эффективен при парциальных, чем при генерализованных эпилепсиях. В ряде исследований установлено его позитивное влияние при сложных парциальных (височных) пароксизмах. В исследованиях последних лет подтверждены данные результаты и показана эффективность Осполота при доброкачественных парциальных эпилепсиях. В настоящее время Осполот применяется, главным образом, при лечении доброкачественной парциальной эпилепсии с центро-темпоральными спайками (роландической эпилепсии), при синдроме Ландау-Клеффнера, ESES (электрический эпилептический статус в фазу медленного сна), псевдосиндроме Ленnox-Гасто. Осполот показан также при симптоматических парциальных эпилепсиях.

**Противопоказания: гиперчувствительность, острыя почечная недостаточность, печеночная недостаточность.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: гипервентиляция, парестезии и желудочно-кишечные симптомы. Данные признаки наблюдаются при применении высоких доз препарата и легко обратимы при ее уменьшении на 50%. Кроме того, может быть пониженный аппетит, потеря веса, усталость, головные боли, головокружение, двоение в глазах. У отдельных больных отмечены нарушения поведения. В редких случаях наблюдались идиосинкразии или тяжелое поражение почек. В литературе имеются описания почечной недостаточности у 1 больного, синдрома Стивена-Джонсона у 1 больного и синдрома Лиелла - также в 1 случае. Серьезных гепатологических и гематологических побочных эффектов не отмечено.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **сультиамом (Осполот)**: регулярный прием 2 раза в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказать на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **сультиам (Осполот)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

---

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом омепразол**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом омепразол**, рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата.

Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените», Омепразол (омез) включен в перечень лекарственных средств, используемых для лечения гастрита, дуоденита и язвенной болезни желудка, и двенадцатиперстной кишки.

Препарат **омепразол** ингибитор фермента H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФ-азы («протонный насос») в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию синтеза соляной кислоты. Это приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя.

**Показания: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; рефлюкс-эзофагит; эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приемом НПВП, стрессовые язвы; эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с Helicobacter pylori (в составе комплексной терапии); синдром Золлингера-Эллисона.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: диарея или запор, тошнота, рвота, метеоризм, боль в животе, сухость во рту, нарушения вкуса, стоматит, транзиторное повышение уровня «печеночных» ферментов в плазме; у больных с предшествующим тяжелым заболеванием печени - гепатит (в т.ч. с желтухой), нарушение функции печени, головная боль, головокружение, возбуждение, сонливость, бессонница, парестезии, депрессия, галлюцинации; у больных с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, больных с предшествующим тяжелым заболеванием печени - энцефалопатия, мышечная слабость, миалгия, артрит, лейкопения, тромбоцитопения, в отдельных случаях - агранулоцитоз, панцитопения, зуд; редко, в отдельных случаях - фотосенсибилизация, мультиформная эритема, алопеция, крапивница, ангионевротический отек, бронхоспазм, интерстициальный нефрит и анафилактический шок, нарушения зрения, периферические отеки, усиление потоотделения, лихорадка, гинекомастия; редко - образование желудочных грандулярных кист во время длительного лечения (следствие ингибирования секреции соляной кислоты, носит доброкачественный обратимый характер).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **омепразол** 1-2 мг/кг/сут.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **омепразол**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом домперидон**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом домперидон**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также от том, что препарат по инструкции применяется с 12 лет.

Согласно клиническим рекомендациям «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей» прокинетики и нормализаторы моторики включены в перечень лекарственных средств используемых для лечения детей. Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки", а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените», домперидон применяется в педиатрической практике.

Препарат **домперидон** используется для уменьшения тошноты и рвоты. Домперидон является периферическим антагонистом дофамина, структурно сходным с бутирофенонами. Обладает противорвотными и гастропрокинетическими свойствами. Домперидон эффективно увеличивает перистальтику пищевода и снижает давление в пищеводном сфинктере, увеличивает моторику и перистальтику желудка, улучшает координацию гастродуodenальной системы и вследствие этого облегчает опорожнение желудка и уменьшает время прохождения содержимого по тонкой кишке.

**Показания: Нарушения моторики верхних отделов ЖКТ, связанные с хроническим и подострым гастритом и диабетическим гастропарезом (симптоматическое лечение); предотвращение желудочно-кишечных симптомов, связанных с применением противопаркинсонических ЛС, содержащих агонисты дофамина.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: сухость во рту, головная боль/мигрынь, бессонница, нервозность, головокружение, жажда, вялость, раздражительность, спазмы в животе, диарея, срыгивание, тошнота, изменение аппетита, изжога, запор, приливы, мастальгия, галакторея, гинекомастия, нарушения менструального цикла сыпь, зуд, крапивница, стоматит, конъюнктивит, учащенное мочеиспускание, дизурия, отеки, учащенное сердцебиение, судороги в ногах, астения, повышенный уровень пролактина в сыворотке крови, повышение уровня АЛТ, АСТ и Хс. Экстрапирамидные явления у взрослых редки, они спонтанно проходят, как только лечение прекращается. Когда ГЭБ незрел (как у младенцев) или нарушен, нельзя исключать возможное возникновение неврологических побочных эффектов.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **домперидон** 2,5 мг /10 кг (разовая доза), 3 раза в день.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня

ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратором **домперидон**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом Мемантин**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом Мемантин**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **Мемантин** по инструкции назначается с 18 лет.

Препарат **Мемантин** показан в качестве средства для уменьшения спастичности при ДЦП (согласно справочнику практикующего врача, под ред. О.С.Левина, Д.Р.Штульман).

**Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, непереносимость лактозы, тяжёлая печёночная недостаточность.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: головокружение, сонливость, одышка, запор, головная боль, артериальная гипертензия. О более редких побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **Мемантин**: регулярный прием 0,5мг/кг в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **Мемантин**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом леветирацетам**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом леветирацетам**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **леветирацетам** по инструкции показан в качестве монотерапии при парциальных (фокальных) судорогах с вторичной генерализацией и без (переходом (и нет) в билатеральные тонико-клонические судороги) с 16л), а при других нозологиях (с 1 мес.) - в комбинированной терапии (согласно последним научным публикациям, клиническим рекомендациям).

Препарат **леветирацетам** также эффективен в качестве монотерапии у детей до 16л при парциальных (фокальных), генерализованных эпилепсиях, в том числе идиопатических фокальных эпилепсиях детского возраста, включая их атипичное течение, идиопатических генерализованных эпилепсиях, при генетической эпилепсии с фебрильными судорогами плюс. Показана эффективность при эпилептических энцефалопатиях, включая синдром Отахара, синдром Драве, синдром Дозе и некоторых других.

**Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата, непереносимость лактозы (фруктоза-для раствора), детский возраст до 1 мес.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, из которых наиболее часто встречаются: депрессия, головная боль, головокружение, раздражительность, диспепсия, сонливость, сыпь. О более редких побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **леветирацетам**: регулярный прием 2 раза в сутки (по назначению лечащего врача).

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **леветирацетам**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

---

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом ламотриджин**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом ламотриджин**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **ламотриджин** не входит в перечень ЖНВЛС, по инструкции показан в качестве монотерапии при типичных абсан сах (дети до 12л), а при других нозологиях (до 12л) - в комбинированной терапии.

Препарат **ламотриджин** также эффективен в качестве монотерапии у детей до 12л при парциальных (фокальных), генерализованных эпилепсиях, в том числе идиопатических фокальных эпилепсиях детского возраста, идиопатических генерализованных эпилепсиях, при синдроме Леннокса-Гасто (согласно последним научным публикациям, клиническим рекомендациям).

**Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата, непереносимость лактозы, детский возраст до 3л.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, из которых наиболее часто встречаются: кожная сыпь, в том числе в редких случаях, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, гематологические нарушения (тромбоцитопения, анемия и др.), головная боль, головокружение, раздражительность, диспепсия, сонливость. О более редких побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **ламотриджин**: регулярный прием 1-2 раза в сутки (по назначению лечащего врача).

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **ламотриджин**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом лакосамид (Вимпат)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом лакосамид (Вимпат)** раствор для приёма внутрь 10мг/1мл, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **лакосамид (Вимпат)** раствор для приёма внутрь 10мг/1мл, не входит в перечень ЖНВЛС. Препарат **лакосамид (Вимпат)** раствор для приёма внутрь 10мг/1мл показан в качестве монотерапии и комбинированной терапии у детей с 4л при парциальных (фокальных) судорогах с вторичной генерализацией (переходом в билатеральные тонико-клонические приступы) и без таковой (согласно последним научным публикациям, клиническим рекомендациям).

**Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата, фенилкетонурия, непереносимость фруктозы, детский возраст до 4л, атриовентрикулярная блокада 2-3 ст.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, из которых наиболее часто встречаются: депрессия, бессонница, головокружение, головная боль, диспепсия, зуд, сыпь, мышечные спазмы, нарушение походки. О более редких побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **лакосамид (Вимпат)** раствор для приёма внутрь 10мг/1мл: регулярный прием 2 раза в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **лакосамид (Вимпат)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом каптоприл**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом каптоприл**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **каптоприл** применяется согласно клиническим рекомендациям по лечению артериальной гипертензии у детей от 2021 года, сила рекомендаций - 1, достоверность доказательств - А.

Препарат **каптоприл** применяют при: артериальной гипертензии (в т.ч. реноваскулярной), хронической сердечной недостаточности (в составе комбинированной терапии), нарушении функции левого желудочка после перенесённого инфаркта миокарда у пациентов, находящихся в клинически стабильном состоянии; диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа (при альбуминурии более 30 мг/сут).

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как ангионевротический отёк на фоне терапии ингибиторами АПФ, наследственный или идиопатический ангионевротический отёк, при аортальном стенозе, церебро и кардиоваскулярных заболеваниях (в т.ч. при недостаточности мозгового кровообращения, ИБС, коронарной недостаточности), тяжёлых аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани (в т.ч. СКВ, склеродермия), при угнетении костномозгового кровотечения, при сахарном диабете, гиперкалиемии, двухстороннем стенозе почечных артерий, стенозе артерии единственной почки, состоянии после трансплантации почек, почечной и/или печёночной недостаточности, на фоне диеты с ограничением натрия, состояния, сопровождающихся снижением ОЦК (в т.ч. при диарее, рвоте; ложноположительная реакция при анализе мочи на ацетон).

**Противопоказания:** беременность, период лактации, возврат до 18 лет, повышенная чувствительность к каптоприлу и другим ингибиторам АПФ.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования препаратом **каптоприл**.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учётом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **каптоприл**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом дидрогестерон (Дюфастон)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом дидрогестерон (Дюфастон)**, рекомендованном моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также от том, что согласно инструкции, препарат не применяется до 18 лет.

Препарат Дюфастон назначается с целью проведения прогестероновой пробы (оценки эстрогеновой насыщенности эндометрия), а также для регуляции менструального цикла у подростков в олиго-/аменореей. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012г № 1075н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи несовершеннолетним при олигоменорее и анеморее» препарат Дюфастон (дидрогестерон) включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения детей до 18 лет.

**Показания: эндометриоз, синдром предменструального напряжения, дисменорея, нерегулярный менструальный цикл, вторичная аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: мигрень/головная боль, тошнота, нарушение менструального цикла (метроррагия, меноррагия, олиго-/аменорея, дисменорея, нерегулярный менструальный цикл, болезненность/чувствительность молочных желез, гемолитическая анемия, сонливость, отек Квинке, реакции гиперчувствительности, отеки, увеличение в размере прогестагензависимых новообразований ( менингиома), головокружения, аллергический дерматит ( сыпь, крапивница, зуд), увеличение массы тела.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования в ходе курса терапии препаратом **дидрогестерон (Дюфастон)**. Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **дидрогестерон (Дюфастон)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом проведении курса терапии лекарственным препаратом **метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон** рекомендованным моему представляющему в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон по инструкции не показан в качестве курсового лечения эпилепсии.

Препарат **метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон** эффективен при лечении идиопатической фокальной эпилепсии с атипичным течением, синдроме Веста (согласно последним научным публикациям, клиническим рекомендациям).

**Противопоказания: гиперчувствительность, системные грибковые инфекции, повреждение головного мозга вследствие черепно-мозговой травмы.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: синдром «отмены», лейкоцитоз, развитие синдрома Иценко-Кушинга, миалгия, остеопороз, повышение внутричерепного давления, ангионевротический отёк, развитие оппортунистических инфекций, диспепсия. О других побочных эффектах я также информирован(а).

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать соответствующий режим приёма (определенная лечащим врачом схема терапии).

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон** а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом вигабатрин (Сабрил)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом вигабатрин (Сабрил)**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **вигабатрин (Сабрил)** не зарегистрирован на территории РФ.

Препарат **Сабрил** показан при синдроме Веста, парциальных (фокальных) судорогах согласно клиническим рекомендациям.

**Противопоказания: беременность, лактация, повышенная чувствительность к вигабатрину.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: беспокойство, раздражительность, агрессивность. Редко отмечаются головная боль, трепет, нарушение полей зрения, диспепсия, увеличение массы тела. В единичных случаях: отёки, учащение эпилептических приступов, возможное развитие эпилептического статуса.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **вигабатрин (Сабрил)**: регулярный прием 2 раза в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **Вигабатрин (Сабрил)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом алгелдрат + магния гидроксид**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом алгелдрат + магния гидроксид**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также от том, что по инструкции препарат используется у детей старше 15 лет.

Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки", а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените" **алгелдрат + магния гидроксид** включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения гастрита, дуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Смесь антацидов длительного (алгелдрат) и быстрого (магния гидроксид) действия. Алгелдрат обладает вяжущими свойствами и может вызвать запор, этот эффект уравновешивается действием магния гидроксида, который, как и другие соли магния, может вызывать диарею. Поэтому побочные реакции со стороны ЖКТ при применении комбинации алгелдрат + магния гидроксид отмечаются редко, что позволяет применять эту комбинацию для проведения длительной терапии. Всасывание алюминия и магния из антацидов незначительно. Алгелдрат медленно преобразуется в желудке в хлорид алюминия. Некоторое всасывание растворимых солей алюминия происходит в ЖКТ с их выведением с мочой. Абсорбированный магний также выводится с мочой. Алюминий содержащие антациды не следует назначать пациентам с почечной недостаточностью, поскольку может наблюдаться повышение их концентрации в плазме крови. Доклинические данные по безопасности ограничены и считаются недостаточными для оценки токсичности применения многократных доз, генотоксического и токсического влияния на репродуктивную функцию и развитие.

**Показания: Язвенная болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, изжога; повышенная кислотность желудка (антацидная терапия).**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: зуд, крапивница, ангионевротический отек и анафилактические реакции, диарея или запор, абдоминальная боль, гипермагниемия, гипералюминиемия, гипофосфатемия, что может привести к повышенной резорбции костной ткани, гиперкальциурии, остеомаляции.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования в ходе курса терапии **алгелдрат + магния гидроксид**.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **алгелдрат + магния гидроксид**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить

врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом алгелдрат+бензокайн+магния гидроксид**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом алгелдрат+бензокайн+магниягидроксид**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, и от том, что по инструкции препарат применяется у детей с 15 лет.

Согласно приказу Минздрава России от 07.11.2012 N638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», а также приказа Минздрава России от 28.12.2012 N1598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените» алгелдрат+бензокайн+магниягидроксид включен в перечень лекарственных средств используемых для лечения гастрита, дуоденита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Смесь антацидов длительного (алгелдрат) и быстрого (магния гидроксид) действия. Алгелдрат обладает вяжущими свойствами и может вызвать запор, этот эффект уравновешивается действием магния гидроксида, который, как и другие соли магния, может вызывать диарею. Поэтому побочные реакции со стороны ЖКТ при применении комбинации алгелдрат + магния гидроксид отмечаются редко, что позволяет применять эту комбинацию для проведения длительной терапии. Всасывание алюминия и магния из антацидов незначительно. Алгелдрат медленно преобразуется в желудке в хлорид алюминия. Некоторое всасывание растворимых солей алюминия происходит в ЖКТ с их выведением с мочой. Абсорбированный магний также выводится с мочой. Алюминий содержащие антациды не следует назначать пациентам с почечной недостаточностью, поскольку может наблюдаться повышение их концентрации в плазме крови. Доклинические данные по безопасности ограничены и считаются недостаточными для оценки токсичности применения многократных доз, генотоксического и токсического влияния на репродуктивную функцию и развитие

**Показания: Язвенная болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, изжога; повышенная кислотность желудка (антацидная терапия).**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата: зуд, крапивница, ангионевротический отек и анафилактические реакции, диарея или запор, абдоминальная боль, гипермагниемия, гипералюминиемия, гипофосфатемия, что может привести к повышенной резорбции костной ткани, гиперкальциурии, остеомаляции.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования в ходе курса терапии алгелдрат+бензокайн+магниягидроксид.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом

алгелдрат+бензокайн+магниягидроксид, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом каннабидиол (CBD) (Эпидолекс)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом проведении курса терапии лекарственным препаратом **каннабидиол (CBD) (Эпидолекс раствор для приёма внутрь 100мг/1мл)**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат CBD (каннабидиол) (Эпидолекс) не зарегистрирован на территории РФ.

Препарат каннабидиол (CBD) эффективен при лечении эпилепсии при синдромах Драве, Леннокса-Гасто, Айкарди, Дозе, при Туберозном склерозе у детей старше 2 лет. По последним данным, в частности полученными американскими врачами, частота приступов при данных патологиях сокращается примерно до 50%, при том что каннабидиол не обладает психоактивным действием.

**Противопоказания: аллергия на кунжутное масло и каннабидиол, депрессия, вероятно угнетение дыхания.**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: сонливость, вялость, сыпь, снижение аппетита, диспепсия, повышение печёночных трансаминаз.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом **каннабидиол (CBD) (Эпидолекс раствор для приёма внутрь 100мг/1мл)**: от 5 до 50 мг/кг/сут. регулярный прием 2 раза в сутки.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом **каннабидиол (CBD) (Эпидолекс)**, а также согласен, через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на чрезкожную склеротерапию  
этанолом под УЗИ-контролем (ЧСТЭ)**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **чрезкожной склеротерапии этанолом под УЗИ-контролем (ЧСТЭ)** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирован(а) о том, что ЧСТЭ под ультразвуковым контролем в эндокринологии применяется как современный метод коррекции и лечения узловых изменений щитовидной железы, а также нормализации уровня гормонов в организме и улучшения состояния пациента.

Склерозирование узлов по типу «малой операции» считается малоинвазивным, безопасным, высокоэффективным и удобным для пациента методом лечения доброкачественных новообразований.

Склеротерапия заключается в введении в ткани узловых новообразований склерозирующего компонента — 95%этилового спирта, который уменьшает размер узлов щитовидной железы, и в большинстве случаев приводя к их полной деструкции.

Я информирован(а) о необходимости правильного поведения во время проведения манипуляции.

До моего сведения доведено, что осложнения и побочные эффекты после ЧСТЭ возникают нечасто и проходят быстро. В случае возникновения осложнений специального лечения для их устранения не требуется.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных рисках, в частности:

- Нарушение голоса (дисфония);
- Преходящий односторонний парез возвратного нерва.
- Подострый асептический тиреоидит,
- Боли и гематомы в области введения инъекции;
- Повышение температуры;
- Учащенное сердцебиение.

Данные симптомы обычно проходят самостоятельно.

Я информирован(а), что ЧСТЭ – амбулаторная процедура, она не требует госпитализации и проведение данной манипуляции возможно с использованием анестезии по показаниям. Суть методики заключается в том, что под контролем УЗИ в узел щитовидной железы с помощью тонкой иглы вводится 95% этанол(не более 5 -7 мл). Если в новообразовании находится жидкость (кистозный узел), то содержимое кисты через иглу шприца удаляется и далее в полость вводится этанол с экспозицией 30 -60сек и далее так же через ту же иглу удаляется. Время процедуры составляет 5-10 минут. Введение этанола приводит к гибели клеток узла и уменьшению его размеров. Одной процедуры ЧСТЭ недостаточно, обычно манипуляцию требуется проводить от 2 до 5 раз. Количество инъекций зависит от размера и характера узла и определяется врачом, который выполняет эту манипуляцию. После окончания курса ЧСТЭ, каждые три месяца на протяжении года необходимо выполнять УЗИ щитовидной железы. Процесс регрессии узловых образований продлен во времени и продолжается до 1 -1,5 лет. Повторно курс этаноловой деструкции можно пройти не раньше, чем через 1.5 — 2года, но обычно этого не требуется.

Я информировал врача об отсутствии аллергической реакции на Лидокаин.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч.

носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, действующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение манипуляции.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение чреспокожной лазерной коагуляции поверхностных вен**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение чреспокожной лазерной коагуляции  
поверхностных вен  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы медицинской помощи, связанный с ним риск,  
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития  
осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что целью данного медицинского вмешательства является устранение  
патологически изменённых вен, уменьшение симптомов варикозной болезни. Я информирован(а),

в доступной для меня форме, о необходимости правильного поведения во время процедуры, что поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а); что для достижения наилучшего клинического эффекта необходимо выполнение нескольких процедур.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения я обязан(а) поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом.

Я информирован(а), что временные гиперемия и отёк кожи, а также внутрикожные и подкожные гематомы, на участке выполнения процедуры, являются нормой для данного вида лечения.

До моего сведения доведено, что после процедуры чрескожной лазерной коагуляции поверхностных вен наиболее часто встречается: чувство жжения, некоторого зуда в области коагулированных сосудов.

Также я информирован(а) о том, что коагулированные поверхности сосуды могут визуализироваться в течение некоторого времени (до 6 мес.) и для окончательного их устраниния могут потребоваться повторные процедуры.

Я информирован(а) о том, что, в редких случаях индивидуальной реакции кожи, возможно возникновение относительно продолжительных кожных реакций, требующих ухода и местной терапии.

Я информирован(а) о противопоказаниях для проведения данной манипуляции: беременность и лактация, онкологические заболевания, эпилепсия; ВИЧ, гепатит, сифилис и другие венерические заболевания; острые воспалительные процессы в организме; повышение температуры тела, активные инсоляции в течение ближайших трёх недель перед процедурой.

Я информирован(а) о необходимости соблюдения рекомендаций врача после проведенного лазерного воздействия:

- ограничение физической активности; исключение травматизации обработанной лазером поверхности в течение 3-х дней после процедуры;
- не посещать баню\сауну\горячую ванну\хамам в течение всего цикла воздействия +14 дней;
- защищать область выполнения процедуры от воздействия солнечных лучей в течение трёх недель после процедуры и использовать, в дальнейшем, солнцезащитные средства.
- обрабатывать поверхность кожи, где выполнялась процедура, согласно назначениям врача.

Я информирован(а) о том, что для улучшения клинического эффекта рекомендована повторная процедура чрескожной лазерной коагуляции через 5-20 дней после первой процедуры.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение вульвовагинальной восстановительной лазеротерапии**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение вульвовагинальной восстановительной лазеротерапии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что целью данного медицинского вмешательства является уменьшение симптомов вульвовагинального дискомфорта.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирована; что для достижения наилучшего клинического эффекта необходимо выполнение нескольких процедур.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения я обязана поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом.

Я согласна на предложенный мне вариант поверхностной анестезии обезболивания лидокаин+прилокайн, аллергии на данные препараты нет.

Я информирована, что гиперемия тканей является нормой для данного вида лечения. Данные изменения не требуют дополнительной медикаментозной обработки.

До моего сведения доведено, что после процедуры вульвовагинальной восстановительной лазеротерапии наиболее часто встречается: ощущение тяжести внизу живота; появление кровянистых выделений; усиление подтекания мочи (непродолжительное время); кратковременное нарушение менструального цикла.

Также я информирована о редких побочных эффектах, таких как: ранение мочевого пузыря, прямой кишке; формирование свища (уретровагинального или ректовагинального); синдром "фиксированной уретры" – мочеиспускание в вынужденном положении; очень узкое влагалище – трудности при половых контактах; снижение чувствительности при интимной близости.

Я информирована о противопоказаниях для проведения данной манипуляции: беременность и лактация; сахарный диабет; онкологические заболевания; эпилепсия; ВИЧ, гепатит, сифилис и другие венерические заболевания; воспалительные процессы в зоне влагалища (до процедуры нужно вылечить очаги воспаления); повышение температуры тела.

Я информирована о необходимости соблюдения рекомендаций врача после проведенного лазерного воздействия:

- помочиться через 2 ч после процедуры;
- не посещать баню\сауну\горячую ванну\хамам в течение всего цикла воздействия +45 дней;
- выполнять упражнения Кегеля ежедневно суммарно 15 минут (на портативных приборах без электростимуляции);
- соблюдать половой покой 72 часа после процедуры.

Я информирована о том, что для улучшения клинического эффекта рекомендована повторная процедура лазерного воздействия через 30-45 дней после первой процедуры.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_



**Информированное добровольное согласие на операцию – продольная резекция желудка**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне операции: **продольная резекция желудка** (название медицинского вмешательства), и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснено, что сущность данной операции заключается в создании из желудка узкой трубы, при этом производится удаление большей части желудка.

Мною, на основании обсуждения с Врачом из возможных хирургических доступов для выполнения данной операции выбран:

открытый доступ	
лапароскопический доступ	

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Мне объяснено, что в случае технических трудностей при лапароскопическом доступе возможен переход на открытый способ операции.

Содержание и результаты этой операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности применения альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и я их полностью понял(ла).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об операции и особенностях послеоперационного периода:

- данная операция не является косметической, а выполняется с целью лечения морбидного ожирения, его осложнений, связанных с ним заболеваний, а также уменьшения риска преждевременной смерти;
- на передней брюшной стенке останутся постоянные послеоперационные рубцы; точные характеристики этих рубцов не могут быть чётко определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания; подобные косметические дефекты могут быть устранины при последующей пластической операции;
- операция заканчивается установкой дренажных трубок в брюшную полость, которые могут стоять до 5 суток. Дренажные трубки устанавливаются для обеспечения оттока жидкости, которая может скапливаться в брюшной полости;
- после данной операции возможно возникновение тошноты, рвоты, вздутия живота, спастических болей в животе; подобные явления индивидуальны и предсказать их до операции невозможно;
- ожидаемое снижение веса в среднем составляет 55 – 65 % от исходного избытка массы тела в течение 18 – 24 месяцев, однако возможны отклонения от данных значений, как в большую, так и в меньшую сторону; прогнозировать точно окончательную потерю массы тела заранее невозможно;
- последствием снижения массы тела является образование кожно-жировых складок на животе, плечах, бёдрах; подобные косметические дефекты могут быть устранины при последующей пластической операции;
- в ряде случаев может наблюдаться незначительное восстановление массы тела спустя 1,5 – 2 года после операции;
- после операции ПРЖ необходимо регулярное наблюдение у специалиста-хирурга и эндокринолога: один раз в три месяца в течение первого года, один раз в шесть месяцев в течение второго года, далее – ежегодно в соответствии с датой проведенной операции. В эти же сроки необходим лабораторный контроль. Объём необходимых исследований разъяснён мне врачом.
- в период интенсивного снижения массы тела (в течение 18 – 24 месяцев после операции) беременность противопоказана. В последующем беременность возможна, но необходимо наблюдение со стороны специалиста и ежедневный приём препаратов фолиевой кислоты.

Я подробно информирован(а) о необходимости придерживаться дробного режима питания с использованием витаминных препаратов и белковых смесей.

Я информирован(а), что регулярно необходимо проводить лабораторный контроль:

- оценка показателей обмена железа и витамина В12 через 3–6 месяцев после операции и в дальнейшем ежегодно;

- уровень постпрандиальной гликемии через 6 месяцев после операции;
- определение уровней ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ не ранее, чем через 6 месяцев после оперативного вмешательства;
- исследование показателей обмена кальция и уровня 25(OH)D - через 6 месяцев после операции;
- развернутый общий клинический анализ крови, определять уровень глюкозы, липидов, НbA1с через 3 месяца после операции; затем каждые 6 месяцев в первые 3 года; а затем ежегодно;
- развернутый общий клинический анализ крови, полный биохимический анализ крови, определение липидов, уровней ферритина, цинка, меди, магния, 25(OH)D, фолиевой кислоты, тиамина (B1), цианокобаламина (B12) в крови, суточной кальциурии и щелочной фосфатазы (при повышении – с ее фракциями) - пожизненно;

Я информирован(а), что по показаниям должен проводиться дополнительный лабораторный контроль в течение всей жизни:

- при нарушениях зрения – определение витаминов А, Е и В1;
- при повышенной кровоточивости – развернутый общий клинический анализ крови, определение протромбинового времени и международного нормализованного отношения (МНО);
- при развитии рефрактерного к терапии дефицита витамина D – определение ПТГ, остеокальцина, N-телопептида и остеоденситометрия;
- при появлении неврологических симптомов и жалоб – определение витаминов В1, В12, Е и ниацина, а также меди в крови;
- при анемии – определение ферритина, витаминов В12, А и Е, фолиевой кислоты, цинка и меди;
- для исключения остеопороза - Т-критерий -2.5.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, пневмонии, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, образованием гипертрофических келлоидных рубцов.

Также я информирован(а) о том, что после операции ПРЖ возможно развитие следующих осложнений, характерных для данной операции:

- существует вероятность скопления тканевой жидкости или крови в области операционной раны, что может потребовать её дренирования или пункции, возможно, что эти процедуры необходимо будет выполнять несколько раз;
- в ходе операции возможно возникновение кровотечения из капсулы селезёнки, и при невозможности его остановки другими способами может потребоваться удаление селезёнки;
- существует небольшая вероятность несостоительности швов на органах пищеварительного тракта, а также швов брюшной стенки. В некоторых ситуациях возникновение подобных осложнений может потребовать хирургической ревизии под общим наркозом;
- у пациентов с ожирением риск возникновения послеоперационной грыжи при открытом доступе выше, чем у пациентов с нормальной массой тела; операция по устраниению грыжи может быть выполнена одновременно с пластической операцией по устраниению кожно-жировых складок;
- возможны побочные эффекты, связанные с недостаточным потреблением питательных веществ (белка, минералов, витаминов): слабость, анемия, гиповитаминозы, деминерализация костной ткани. Это может наблюдаться в тех случаях, когда пациент отказывается принимать необходимые пищевые добавки, либо употребляет недостаточно белка с пищей;
- при быстром переполнении желудка во время еды, а также при употреблении недостаточно пережёванной или грубоволокнистой пищи может возникнуть рвота; при несоблюдении рекомендаций Врача по питанию может возникнуть потребность в госпитализации для лечения;
- в медицинской литературе описаны случаи развития после ПРЖ таких осложнений как эмболия лёгочной артерии, в том числе со смертельным исходом;
- в ряде случаев операция ПРЖ может потребовать переливания крови, при этом появляется риск инфицирования вирусным гепатитом и/или риск трансфузионной реакции.

Я уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое он считает необходимым в попытке улучшить положение или в попытке преодоления любых непредвиденных обстоятельств, которые могут возникнуть во время операции.

Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точной наукой и что даже авторитетный специалист не может гарантировать результат. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны врачом или кем-либо другим в отношении будущих результатов.

Я согласен(сна) на проведение курса антибактериальной терапии в целях профилактики инфекционных осложнений.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я понимаю, что курение увеличивает опасность развития осложнений. Мне была разъяснена необходимость отказа от курения за 3 недели до планируемой процедуры. В течение этого периода я не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

Я предупрежден(а) о необходимости ограничения в послеоперационном периоде физических нагрузок в течение 3 месяцев. Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевые осложнения после этого.

Я согласен(на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливании донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Также я получил(а) разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен(а) о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое СОГЛАСИЕ на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

---

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

**Добровольное информированное согласие пациента на подкожное введение  
лекарственного препарата**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие **на подкожное введение лекарственного препарата**  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель подкожного введения препарата  
(\_\_\_\_\_) - это лечение болевого синдрома. Безопасность и эффективность данного метода лечения подтверждены результатами международных и Российской доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции индивидуален, и может составлять от одной до нескольких процедур, частота которых определяется лечащим врачом.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления (отметить возможные в данном случае): боль в месте инъекции, гематомы, онемение, головная боль, общая слабость, аллергические реакции (отеки, сыпь), другие симптомы, указанные в инструкции к препарату.

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к проведению подкожного введения лекарственного препарата являются: гиперчувствительность к любому из компонентов используемых препаратов, нарушение свертываемости крови; беременность, кормление грудью; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции и др.

Я проинформирован(а) о методе моего лечения с помощью подкожного введения лекарственного препарата. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я информирован(а), что отказ от предложенного лечения может привести к ухудшению состояния моего здоровья.

**Я доверяю врачу провести подкожное введение лекарственного препарата.**

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение люмбальной пункции**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **люмбальной пункции** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время проведения исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован(а).

В частности, я осведомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства неврологической службы.

Люмбальная пункция (поясничный прокол) – введение иглы в подпаутинное пространство спинного мозга на уровне поясничного отдела позвоночника – чаще всего производится с диагностической целью для исследования состава СМЖ.

Больного укладывают на высокую кушетку. Во избежание бокового выгибания позвоночника под поясницу подкладывают подушку. Больной лежит на боку, голова его наклонена к груди, ноги согнуты в коленях, бедра приведены к животу, живот втянут, спина выгнута. Пальпацией определяют верхние края подвздошных костей и соединяют их линией, перпендикулярной позвоночнику, намечают место пункции. Оно соответствует промежутку между стистыми отростками III и IV поясничных позвонков. Пункцию можно производить и на один промежуток выше или ниже этого уровня. Ориентиры намечают на коже спиртовым раствором йода. Место, намеченное для пункции, широко обрабатывают спиртовым раствором йода и спиртом. Местное обезболивание производят 0,5% раствором новокаина. Вначале при внутрикожном введении образуют «лимонную корочку», а затем вводят 5-6 мл раствора по ходу будущего прокола на глубину 3-4 см.

Приступая к проколу, предупреждают больного и помощника, чтобы во время пункции пациент не двигался. Врач берет иглу правой рукой, как писчее перо, между II и III пальцами, упираясь I пальцем в головку мандрена, ставит палец левой руки так, чтобы он находился у самого места намеченного прокола, чуть ниже остистого отростка. Направление иглы должно быть по средней линии строго сагиттально; слегка под углом, открытым в каудальном направлении. Вкалывают иглу осторожно, но с достаточной силой, чтобы проколоть кожу и подкожную клетчатку. Затем иглу продвигают медленно и плавно, прокалывая межостистую связку, желтую связку, твердую и паутинную оболочки. На пути к субарахноидальному пространству производящий пункцию все время чувствует умеренное сопротивление продвижению иглы, оказываемое тканями. В момент проникновения иглы в субарахноидальное пространство ясно воспринимается новое ощущение: нет прежнего сопротивления тканей, игла после легкого «щелчка» вдруг как бы «проваливается». Когда отверстие иглы, по расчету, находится в просвете дурального мешка, врач, придерживая левой рукой павильон иглы, правой извлекает мандрен (обычно полностью), и тогда в просвете иглы показывается капля СМЖ. При диагностической пункции извлекается всего несколько миллилитров ликвора, а затем мандрен возвращается на место, и игла выводится наружу. Зона прокола смазывается антисептическим

средством, накладывается стерильная повязка. На протяжении нескольких часов после манипуляции нужно будет лежать на животе, соблюдая полный покой.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состоянию моего здоровья.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных рисках, в частности:

**При проведении люмбальной пункции возможны:**

- болезненность при проведении процедуры;
- подкожная гематома после процедуры.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно.

Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом фолиевая кислота**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения.

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом фолиевая кислота**, рекомендованным моему представляемому в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат **фолиевая кислота** применяется согласно клиническим рекомендациям по лечению фолиеводефицитной анемии у детей от 2021 года.

Препарат **фолиевая кислота** применяют при: фолиеводефицитной анемии, гипо- и авитаминозах фолиевой кислоты, неполноценном питании.

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких анорексия, тошнота, вздутие живота, метеоризм, горечь во рту, анафилактические реакции, включая шок, эритему, сыпь, зуд, крапивницу, одышку.

**Противопоказания:** возврат до 18 лет, повышенная чувствительность к фолиевой кислоте, В<sub>12</sub>-дефицитная анемия, дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, синдром глюкозогалактозной мальабсорбции.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать назначенный режим дозирования препаратором **фолиевая кислота**.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана, рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

С учётом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратором **фолиевая кислота**, а также согласен, через определённый врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение экстракорпоральных методов лечения

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение экстракорпоральных методов лечения  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, принцип и механизмы действия операции лечебного плазмафереза (эритроцитрафереза), а также порядок и кратность проведения данной процедуры.

С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный мне диагноз, ознакомлен(а).

Настоящим я доверяю врачу-трансфузиологу и его коллегам выполнять все необходимые мне вмешательства и манипуляции, обеспечение венозного доступа путем катетеризации вены, введение необходимых лекарственных средств и инфузионных растворов, при необходимости переливание компонентов донорской крови и др.

Я информирован(а) о методике предстоящей операции лечебного плазмафереза (эритроцитрафереза), связанным с ней риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий:

- 1) болевых ощущениях при обеспечении венозного доступа;
- 2) гипотоническом состоянии (снижение артериального давления) при заборе аутокрови;
- 3) тромбозе, эмболии (закупорке сосудов) при проведении инфузионной терапии и, в том числе, при необходимости переливания компонентов донорской крови (свежезамороженная плазма, криопреципитат, эритроцитарная масса) и аутокрови;
- 4) воспалительных или аллергических явлениях в области пункции и катетеризации сосуда;
- 5) аллергических реакциях, вплоть до анафилактического шока при введении необходимых лекарственных препаратов, инфузионных растворов и компонентов донорской крови (включая аллергические и анафилактоидные реакции);
- 6) колебаниях артериального давления во время процедуры. Я проинформирован(а) о преимуществах данного вида эфферентной терапии перед традиционными методами лечения.

Я ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением инфузионной и медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов или растворов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим лечащим врачом или врачами-консультантами. Мне объяснено, что во время проведения процедуры с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг гемодинамических показателей (АД, ЧСС, сатурация), а при необходимости контроль лабораторных показателей. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода эфферентной терапии (лечебный аферез).

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение операции гастрошунтирования

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение операции гастрошунтирования мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я осознаю, что сущность данной операции заключается в создании в верхней части желудка «малого желудочка», который соединяется непосредственно с тонкой кишкой; остальная часть желудка при этом полностью выключается из процесса пищеварения.

Мне объяснено, что в процессе интенсивного снижения массы тела после операции ГШ возрастает риск камнеобразования в желчном пузыре. Понимая это, Я ДАЮ (НЕ ДАЮ) согласие на удаление желчного пузыря одновременно с ГШ.

Мною на основании обсуждения с Врачом из возможных хирургических доступов для выполнения данной операции выбран:

открытый доступ	
лапароскопический доступ	

Мне объяснено, что в случае технических трудностей при лапароскопическом доступе возможен переход на открытый способ операции.

Содержание и результаты этой операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности применения альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом и Я их полностью понял(ла).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об операции и особенностях послеоперационного периода:

а) данная операция не является косметической, а выполняется с целью лечения морбидного ожирения, его осложнений, связанных с ним заболеваний, а также уменьшения риска преждевременной смерти;

б) на передней брюшной стенке останутся постоянные послеоперационные рубцы (вертикальный или горизонтальный); точные характеристики этих рубцов не могут быть чётко определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания; подобные косметические дефекты могут быть устранены при последующей пластической операции;

в) операция заканчивается установкой дренажных трубок в брюшную полость, которые могут стоять до 5 суток. Дренажные трубки устанавливаются для обеспечения оттока жидкости, которая может скапливаться в брюшной полости. В полость отключённой части желудка для предупреждения её острого расширения также устанавливается трубка, которая может стоять до 12 суток;

г) в послеоперационном периоде необходимо придерживаться рекомендаций по питанию, которые мне подробно разъяснены врачом;

д) после данной операции возможно возникновение непереносимости отдельных пищевых продуктов в виде тошноты, рвоты, вздутия живота, спастических болей в животе; подобная непереносимость является индивидуальной и предсказать её до операции невозможно;

е) в первые месяцы после операции возможно усиленное выпадение волос; данное явление временное и обычно проходит через 16 – 18 месяцев;

ж) ожидаемое снижение веса в среднем составляет 65 – 75 % от исходного избытка массы тела в течение 18 – 24 месяцев, однако возможны отклонения от данных значений, как в большую, так и в меньшую сторону; прогнозировать точно окончательную потерю массы тела заранее невозможно;

з) последствием снижения массы тела является образование кожно-жировых складок на животе, плечах, бёдрах; подобные косметические дефекты могут быть устраниены при последующей пластической операции;

и) в ряде случаев может наблюдаться незначительное восстановление массы тела спустя 1,5 – 2 года после операции;

к) после операции ГШ необходима пожизненная заместительная терапия – приём поливитаминов, микроэлементов, препаратов кальция и железа. В ряде случаев может потребоваться приём противоязвенных препаратов в течение 1 – 3 месяцев после операции. Перечень необходимых препаратов, дозировки и кратность приёма разъяснены мне Врачом;

л) после операции ГШ необходимо регулярное наблюдение у специалиста-хирурга: один раз в три месяца в течение первого года, один раз в шесть месяцев в течение второго года, далее – ежегодно в соответствии с датой проведенной операции. В эти же сроки необходим лабораторный контроль. Объём необходимых исследований разъяснён мне Врачом.

м) в период интенсивного снижения массы тела (в течение 18 – 24 месяцев после операции) беременность противопоказана. В последующем беременность возможна, но необходимо наблюдение со стороны специалиста и ежедневный приём препаратов фолиевой кислоты.

После операции ГШ возможно развитие любых обще хирургических осложнений (нагноение раны, тромбофлебит, тромбоэмболия, пневмония, образование гипертрофических келлоидных рубцов), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

а) существует вероятность скопления тканевой жидкости или крови в области операционной раны, что может потребовать её дренирования или пункции, возможно, что эти процедуры необходимо будет выполнять несколько раз;

б) в ходе операции возможно возникновение кровотечения из капсулы селезёнки, и при невозможности его остановки другими способами может потребоваться удаление селезёнки;

в) существует небольшая вероятность несостоятельности швов на органах пищеварительного тракта, а также швов брюшной стенки. В некоторых ситуациях возникновение подобных осложнений может потребовать хирургической ревизии под общим наркозом;

г) в отдалённые сроки после операции возможно возникновение язвы в зоне соустья между желудком и тонкой кишкой; вероятность язвообразования выше у курящих пациентов;

д) в случае необходимости эндоскопического исследования «отключённой» части желудка, оно может быть выполнено только с использованием операционного доступа, под наркозом;

е) у пациентов с ожирением риск возникновения послеоперационной грыжи при открытом доступе выше, чем у пациентов с нормальной массой тела; операция по устранению грыжи может быть выполнена одновременно с пластической операцией по устранению кожно-жировых складок;

ж) возможны побочные эффекты, связанные с недостаточным потреблением питательных веществ (белка, минералов, витаминов): слабость, анемия, гиповитаминозы, деминерализация костной ткани. Это может наблюдаться в тех случаях, когда пациент отказывается принимать необходимые пищевые добавки, либо употребляет недостаточно белка с пищей;

з) в течение первого месяца после операции иногда может наблюдаться диарея – частый жидкий стул 3 – 5 раз в день;

и) при употреблении высококалорийных, молочных продуктов и сладостей возможно возникновение демпинг-синдрома, проявляющегося слабостью, потливостью, учащённым сердцебиением, тошнотой, дрожью;

к) при быстром переполнении малой части желудка во время еды, а также при употреблении недостаточно пережёванной или грубоволокнистой пищи может возникать рвота; при несоблюдении рекомендаций В врача по питанию может возникнуть непроходимость на уровне желудочно-кишечного соустья, которая требует госпитализации для лечения;

л) в медицинской литературе описаны случаи развития после ГШ таких осложнений как эмболия лёгочной артерии, в том числе со смертельным исходом;

м) редким осложнением может быть острое расширение «отключённой» части желудка;

н) в ряде случаев операция ГШ может потребовать переливания крови, при этом появляется риск инфицирования вирусным гепатитом и/или риск трансфузационной реакции.

Я уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое он считает необходимым в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых непредвиденных обстоятельств, которые могут возникнуть во время операции.

Я даю согласие на назначение анестетиков врачу-анестезиологу, отвечающему за анестезиологическую службу, а также согласен(сна) с предложенным мне видом анестезии.

Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точной наукой и что даже авторитетный специалист не может гарантировать результат. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны Врачом или кем-либо другим в отношении будущих результатов.

Я даю (не даю) согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

Я даю разрешение Врачу и его ассистентам проводить фотографирование и видеосъёмку. Моё разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

Я согласен(сна) на проведение курса антибактериальной терапии в целях профилактики инфекционных осложнений.

Мне известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме

---

Я понимаю, что курение увеличивает опасность развития осложнений. Мне была разъяснена необходимость отказа от курения за 3 недели до планируемой процедуры. В течение этого периода Я не принимал(ла) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

Я предупрежден(на) о необходимости ограничения в послеоперационном периоде физических нагрузок в течение 3 месяцев.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее**

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_  
(ФИО вакцинируемого или законного представителя)  
\_\_\_\_\_  
года рождения  
Зарегистрированного по адресу:

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Номер телефона для связи: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

- о смысле и цели вакцинации;
- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);
- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;
- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;
- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;
- я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от нее, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г.  
(подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г.  
(подпись пациента)

Я обязуюсь информировать ГАУ РО «ОКДЦ» по тел. (863) 227-00-00 в случае моего заболевания новой коронавирусной инфекцией в течение года после завершения вакцинации.

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (подпись)

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию (Гам-КОВИД-Вак)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, призванного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая вакцинация – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции ( COVID-19) у взрослых. Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент 1 и компонент 2.
- б) о необходимости проведения профилактической вакцины, 2-х этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;
- в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный грипподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артритом, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последних дней;
- г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости – медицинское обследование);
- д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2.

Я добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: Гам-КОВИД-Вак и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию (ЭПИВАККОРОНА)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая вакцинация – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции ( COVID-19) у взрослых. Вакцина получена на основе пептидных антигенов для профилактики COVID-19. Вакцина представляет собой химически синтезированные пептидные антигены белка S вируса SARS-CoV-2, конъюгированные с белком-носителем и адсорбированные на алюминий-содержащем адьюванте (алюминия гидроксиде).
- б) о необходимости проведения профилактической вакцины, 2-х этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;
- в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: кратковременное повышение температуры тела не выше 38,5 градусов цельсия и местных: боль в месте введения;
- г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости – медицинское обследование);
- д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации ЭПИСАККОРОНА для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации вакциной ЭПИВАККОРОНА. Я добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: ЭПИВАККОРОНА и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

# **Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому)

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики).

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупрежден(а) о последствиях, факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я подтверждаю, что анестезиолог-реаниматолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии и возможных дополнительных манипуляциях, необходимых для его проведения.

Я знаю, что любой тип анестезии представляет определенный риск. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания, что может привести к развитию дополнительного заболевания, называемого осложнением анестезии.

Мне разъяснено, что наиболее частыми осложнениями являются осаднение глотки или гортани дыхательной трубкой, тошнота, рвота, болезненность мышц после анестезии, аллергии, уплотнение и болезненность вены после инфузий, реже спазм голосовых связок и повреждение зубов.

Я информирован(а), что создание наилучших условий для проведения операции и послеоперационный период часто требует мероприятий, сопряженных с высоким риском для пациента

(искусственное понижение артериального давления, внутривенные вливания, переливание донорской крови, установка катетера в центральную вену и т.д.). Переливание крови может привести к заражению гепатитом (воспаление печени) и в редких случаях – СПИДом. Переливание собственной крови (или плазмы) исключает этот риск, но оно не всегда возможно.

Я подтверждаю, что получил(а) указание:

- о прекращении приема пищи и жидкости за 12 часов до оперативного вмешательства,
- Об удалении зубных протезов и контактных линз до оперативного вмешательства
- О необходимости снятия колец, сережек, цепочек и парика(при наличии).

Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предполагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом-реаниматологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Тем самым, я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу провести мне запланированное анестезиологическое пособие.

Я согласен(на) на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог-реаниматолог сочтет это необходимым.

Я согласен(на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог-реаниматолог сочтет необходимым.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти, даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

---

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

Добровольное информированное согласие пациента на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию  
я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ в ГАУ РО «ОКДЦ».

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу).

- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно», обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

- при сексуальных контактах без презерватива;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

Добровольное информированное согласие пациента на пребывание в дневном стационаре

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на пребывание в дневном стационаре и медицинское вмешательство мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне, согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями лечащего врача, диагностических исследований: анализа крови общего биохимического и иммунологического исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, кала на яйца глистов, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур и других возможных манипуляций согласно диагнозу. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о правилах подготовки к исследованиям и моих действий во время их проведения;

Я извещен(а) о том, что мне необходимо выполнять назначения лечащего врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием препаратов, не назначенных мне в отделении или принимаемых мною ранее;

Я информирован об обеспечении лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинскими изделиями, включенными в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, утверждаемый Правительством Российской Федерации, донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи, по назначению врача, при лечении в стационарных условиях в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах ранее и в настоящее время. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками (консультацию специалистов по показаниям) и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я утверждаю, что все выше перечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю настоящий документ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти и даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на внутрисуставное введение препарата  
Синвиск/Synvisc**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **внутрисуставное введение препарата Синвиск/Synvisc** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

До моего сведения доведено, что Синвиск/Synvisc является стерильной, апирогенной, вязкоэластичной жидкостью, содержащей гиаланы. Гиаланы являются производными гиалуронана (натриевая соль гиалуроновой кислоты) и состоят из повторяющихся дисахаридных звеньев N-ацетилгликозамина и глюкуроната натрия. Средний молекулярный вес гиалана А около 6 млн. Дальтон, гилан В представляет собой гидратированный гель. Синвиск/Synvisc содержит гилан А и гилан В (8,0 мг + (-) 2,0 мг в 1 мл), разведенные в физиологическом растворе хлорида натрия (рН 7,2 +(-) 0,3). Мне разъяснено, что Синвиск/Synvisc является биологическим аналогом гиалуронана. Гиалуронан является компонентом синовиальной жидкости, обуславливающим ее вязкоэластичные свойства.

До моего сведения доведено, что введение внутрисуставного препарата Синвиск/Synvisc:

- временно замещает и восполняет синовиальную жидкость; - эффективен у пациентов на любой стадии патологии суставов;- наиболее эффективен у пациентов с активной и регулярной нагрузкой на пораженный сустав;- достигает своего терапевтического эффекта путем «восстановления вязкости», благодаря чему восстанавливаются реологические свойства синовиальной жидкости и физиологические свойства тканей пораженного остеоартрозом сустава.

Мне известно, что Синвиск/Synvisc предназначен только для внутрисуставного введения врачом для лечения болевого синдрома, вызванного остеоартрозом коленного, тазобедренного, голеностопного или плечевого сустава.

Я информирован(а) о том, что после проведенной процедуры возможны следующие побочные эффекты: кратковременная боль и/или отеки в области инъекции и/или появление внутрисуставной экссудации (в некоторых случаях значительная с более продолжительным болевым синдромом), сыпь, крапивница, зуд, тошнота, головная боль, головокружение, озноб, мышечные судороги, парестезии, периферические отеки, слабость, затруднение дыхания, покраснение кожи. Я предупрежден(а), что обо всех побочных эффектах я обязан информировать врача.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Информированное добровольное согласие на госпитализацию в стационарное отделение**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, призванного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на госпитализацию в отделение

(указать наименование и профиль отделения)

Мне, согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, вероятной длительности лечения и ее прогноза.

Я ознакомлен(а) врачом с планом предполагаемого лечения.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур - цель которых получение наиболее благоприятного для меня результата из тех, которые возможны в условиях данного медицинского учреждения с учетом стадии заболевания и моего общего состояния.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я понимаю, что гарантировать абсолютную эффективность лечения невозможно. Я осознаю, что проведение любого лечебно-диагностического вмешательства связано с риском для здоровья. Я проинформирован(а) обо всех побочных эффектах применяемых фармацевтических препаратов. Мне представлены сведения о возможных осложнениях, которые могут развиться во время или после выполнения медицинских вмешательств.

Я понимаю, что во время лечения могут появиться непредвиденные обстоятельства. В этом случае врачи могут изменить доведенный до моего сведения план. Может потребоваться дополнительное обследование и лечение. Могут измениться сроки лечения.

Я информирован об обеспечении лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинскими изделиями, включенными в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, утверждаемый Правительством Российской Федерации, донорской кровью и ее компонентами по медицинским

показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи, по назначению врача, при лечении в стационарных условиях в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и задал(а) любые интересующие вопросы касательно моего заболевания и лечения.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю настоящий документ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти и даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) операции:

\_\_\_\_\_ (название медицинского вмешательства),

И прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этим действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а)

правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

получил информацию об альтернативных методах профилактики.

Я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство с предоставлением расходных материалов, в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне операции:

(название медицинского вмешательства),  
и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этим действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснили, что полная гарантия успеха не может быть дана.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а)

правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

Я доверяю врачу провести хирургическое вмешательство с использованием \_\_\_\_\_, предоставленным лично мною. В связи с этим, я не имею и не буду иметь претензий к лечебному учреждению к качеству \_\_\_\_\_.

Я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть представлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

## Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне  
(представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства),  
и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этим действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснили, что полная гарантия успеха не может быть дана.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

Я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство с  
представлением расходных материалов**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», добровольно даю согласие на проведение мне  
(представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства),  
и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этим действий медицинского персонала, в том числе о методах обезболивания, а также достаточная информация о результатах моего обследования (обследования представляемого) в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

Я подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения. Мне разъяснили, что полная гарантия успеха не может быть дана.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я согласен (на) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Меня проинформировали также о правильном поведении до и после операции, указали на возможные ожидаемые физические и душевные осложнения после этого, а также дали рекомендации в послеоперационном периоде.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах профилактики, а также об их примерной стоимости.

**Я доверяю врачу провести хирургическое вмешательство с использованием \_\_\_\_\_, предоставленным лично мною. В связи с этим, я не имею и не буду иметь претензий к лечебному учреждению к качеству \_\_\_\_\_.**

Я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических и научных исследований.

Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на оперативное вмешательство.

В случае ухудшения состояния моего здоровья, информация об этом может быть предоставлена

---

(Ф.И.О., адрес, телефон, характер отношений)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение видеомониторинга ЭЭГ**  
Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение видеомониторинга ЭЭГ** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«      »                  года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, представления прогноза мне предложено провести **видеомониторинг ЭЭГ**.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется после предварительной подготовки. Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом.

Я ознакомлен(а), что видеомониторинг ЭЭГ это метод, при котором осуществляется длительное наблюдение (от 3 до 12 часов) за пациентом с записью электроэнцефалограммы и физиологических сигналов полиграфических каналов (электромиографии, электрокардиографии, электроокулографии, пневмографии) синхронно с видеозаписью и аудио-записью происходящего в палате.

Преимуществом видео-ЭЭГмониторинга является возможность записи во сне, когда резко увеличивается вероятность регистрации патологической активности головного мозга характерной для эпилепсии.

Метод высоконформативный, безопасный для пациента.

Подготовка к исследованию.

1. Наличие истории болезни с неврологическим анамнезом, предыдущими ЭЭГ-исследованиями.
2. Для дневных видеомониторингов ЭЭГ - депривация сна заключается в уменьшении его продолжительности по сравнению с физиологической, т.е. это или полное исключение сна перед ЭЭГ – исследованием (у взрослых) или поздний отход ко сну, который сочетается с ранним пробуждением (у детей и подростков).
3. Чистая голова.
4. Пациентам, применявшим ранее какую-либо противоэпилептическую терапию, отмена ее не производится, чтобы не изменить характер, вид приступов и патологической активности.
5. Во время исследования на голову пациента одевается электродная шапочка, место контакта электродов с кожей обрабатывается нейтральным гелем, дополнительно накладываются кожные одноразовые электроды на ЭКГ, ЭОГ и ЭМГ.

При возникновении приступа Вам будет оказана первая медицинская помощь врачами приемного отделения и реанимации ОКДЦ.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение видеомониторинга ЭЭГ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_



**Добровольное информированное согласие пациента на проведение спирографии  
(функции внешнего дыхания) с медикаментозными пробами (с Сальбутамолом или Беротеком)**

**Я, \_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. гражданина)**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:**

**(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)**

**даю информированное добровольное согласие на проведение спирографии (функции внешнего дыхания) с медикаментозными пробами (с Сальбутамолом или Беротеком) мне,**

**(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».**

**Медицинским работником \_\_\_\_\_**

**(должность, Ф.И.О. медицинского работника)**

**в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.**

**Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести спирографию.**

**Меня проинформировали, что данное исследование выполняется только при наличии флюорографии или рентгенограммы легких. Меня проинформировали, что данное исследование выполняется после предварительной подготовки. Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом. В день исследования исключаются курение, ингаляции лекарственными препаратами, прием бронхолитиков. Исследование не проводится после гастроскопии или бронхоскопии.**

**Я ознакомлен(а), что спирография это исследование функции внешнего дыхания. Во время исследования я должен (должна) буду выполнять дыхательные маневры, от точности их выполнения будет зависеть качество исследования.**

**Я информирован, что лечащим врачом мне назначена пробы с бронхолитиком, для уточнения изменений функции внешнего дыхания. Для этого мне необходимо вдохнуть лекарственный препарат из ингалятора, а затем через указанное время повторить дыхательные маневры. Я сообщил(а) врачу о том, что у меня нет аллергических реакций на предложенный препарат.**

**Мне известно, что в редких случаях после приема препарата возможно возникновение умеренной тахикардии, головной боли, головокружения, в очень редких случаях развитие бронхоспазма.**

**Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.**

**Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.**

**Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение спирографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.**

**(подпись)**

**(Ф.И.О. пациента или законного представителя)**

**(подпись)**

**(Ф.И.О. медицинского работника)**

**Дата \_\_\_\_\_**

## **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение велоэргометрии (тредмил-теста)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **велоэргометрии (тредмил-теста)**

мне, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести **велоэргометрию (тредмил)**.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется после предварительной подготовки. (Отмена приема медикаментов за сутки, прием пищи обязателен за 30 мин –1,5 часа до исследования, наличие ЭКГ давностью до 1 недели). Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом.

Я ознакомлен(а), что велоэргометрия (тредмил) это проба с дозированной физической нагрузкой, для оценки функциональной способности сердечно-сосудистой системы, легких и кровообращения. Во время пробы будет оцениваться моя переносимость к нагрузке, мною будет достигнута субмаксимальная ЧСС, рассчитанная с учетом моего возраста, пола и роста. Во время пробы у некоторых пациентов может появиться усталость, либо одышка, либо чувство дискомфорта в груди, изменение показателей артериального давления, а также других симптомов, о которых я обязуюсь сообщить врачу, проводящему исследование.

Во время теста будут постоянно регистрироваться и мониторироваться электрокардиограмма, частота пульса и артериальное давление в целях предосторожности и безопасности. Риск нагрузочной пробы минимален, однако могут появиться одышка, усталость, нарушения ритма сердца, развитие болевого приступа. Медицинский персонал постоянно будет присутствовать во время пробы и окажет мне вовремя необходимую помощь.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(а) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение велоэргометрии (тредмила) на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение игольчатой электромиографии

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение игольчатой электромиографии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести игольчатую электромиографию.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется после предварительной подготовки – гигиена кожных покровов. Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом.

Я ознакомлен(а), что игольчатая электромиография это инвазивный метод, осуществляется с помощью однократного вводимого в мышцу концентрического игольчатого электрода. Игольчатая миография позволяет оценить периферический нейромоторный аппарат: морфофункциональную организацию ДЕ скелетных мышц, состояние мышечных волокон (их спонтанную активность), а при динамическом наблюдении – оценить эффективность лечения, динамику патологического процесса и прогноз заболевания.

Я сообщил(а) врачу ОФД, что не страдаю эпилепсией, психическими заболеваниями, нестабильной стенокардией, мне не установлен электрокардиостимулятор, мне известно, что при наличии вышеперечисленных состояний проведение игольчатой электромиографии противопоказано, как и высокое АД (выше 180/100 мм.рт.ст.).

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение игольчатой электромиографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение стимуляционной  
электронейромиографии**

**Я,**

(Ф.И.О. гражданина)

«      »                 года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **проведение стимуляционной  
электронейромиографии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«      »                 года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести стимуляционную электронейромиографию.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется после предварительной подготовки – гигиена кожных покровов. Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом.

Я ознакомлен(а), что стимуляционная электронейромиография это метод, при котором исследуется состояние периферических нервов (от мотонейронов до нервно-мышечного синапса) и поверхностных мышц, а также состояние нервно-мышечной передачи.

Мне известно, что в процессе исследования будет проводиться стимуляция электрическими импульсами исследуемых нервов в нескольких точках и регистрация вызванного ответа поверхностными электродами.

Я сообщил(а) врачу ОФД, что не страдаю эпилепсией, психическими заболеваниями, нестабильной стенокардией, мне не установлен электрокардиостимулятор, мне известно, что при наличии вышеперечисленных состояний проведение стимуляционной электронейромиографии противопоказано, как и высокое АД (выше 180/100 мм.рт.ст).

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение стимуляционной электронейромиографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение исследования вызванных потенциалов мозга**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение исследования вызванных потенциалов мозга** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести исследование вызванных потенциалов мозга.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется без специальной предварительной подготовки, единственное условие при исследовании зрительных вызванных потенциалов не должны быть расширены зрачки.

Я ознакомлен(а), что методика ВП позволяет выявить функциональные нарушения сенсорных систем ЦНС: зрительной, слуховой.

Во время исследования на кожу головы будут наложены электроды. Места контактов электродов обрабатываются абразивной пастой, по окончании исследования спиртом. Электроды прикрепляются при помощи фиксирующей медицинской пасты.

Во время исследования будет проводиться стимуляция:

для слуховых ВП – разрежающими ритмическими щелчками интенсивностью до 105 дБ;  
для зрительных ВП – контрастным ритмически меняющимся изображением в виде шахматной доски; вспышками света в специальных очках.

Мне известно, что для проведения данного исследования необходимо предоставить данные офтальмологического осмотра с исследованием глазного дна для ЗКВП, заключение сурдолога (отоларинголога) желательно с аудиограммой для КСВП, заключение невролога с неврологическим статусом в тех случаях, когда предполагается неврологическая патология.

Я сообщал(а) врачу, что **не страдаю эпилепсией**, и информирован(а) о том, что эпилепсия является противопоказанием к проведению вызванных потенциалов мозга.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение вызванных потенциалов мозга на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение мануальной терапии**  
**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **мануальной терапии**  
(\_\_\_\_\_) мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что мануальная терапия назначена мне с целью лечения моего заболевания или с профилактической целью, учитывая показания. Я ознакомлен(а) с правилами проведения процедур, с характером возникающих при проведении процедуры ощущений, возможными осложнениями после проведения процедур: усиление болевого синдрома, повышение (понижение) АД, кратковременное головокружение, перелом ребер, растяжение мышц и связок.

Я информирован о необходимости правильного поведения до, во время и после процедуры.

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отменить назначенные процедуры. С планом лечения ознакомлен(а) и согласен(а).

Также я информирован(а), что в случае прерывания курса лечения эффективность лечения снижается.

Я осведомлен(а), что назначенная мануальная терапия имеет перечень противопоказаний, которые были доведены до моего сведения лечащим врачом.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение рефлексотерапии**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«      »                  года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **рефлексотерапии** ( ) мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«      »                  года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что рефлексотерапия назначена мне с целью лечения моего заболевания или с профилактической целью, учитывая показания. Я ознакомлен(а) с правилами проведения процедур, с характером возникающих при проведении процедуры ощущений, возможными осложнениями после проведения процедур: усиление болевого синдрома, повышение (понижение) АД, кратковременное головокружение, гематомы в местах ведения игл.

Я информирован о необходимости правильного поведения до, во время и после процедуры.

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отменить назначенные процедуры. С планом лечения ознакомлен(а) и согласен(а).

Также я информирован(а), что в случае прерывания курса лечения эффективность лечения снижается.

Я осведомлен(а), что назначенная рефлексотерапия имеет перечень противопоказаний, которые были доведены до моего сведения лечащим врачом.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение физиотерапевтического лечения**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **физиотерапевтического лечения** (\_\_\_\_\_) мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что физиотерапевтические процедуры (электро-, светолечение, массаж, и др.) назначены мне с целью лечения моего заболевания или с профилактической целью, учитывая показания. Я ознакомлен(а) с правилами проведения процедур, с характером возникающих при проведении процедуры ощущений, возможными осложнениями после проведения процедур: усиление болевого синдрома, повышение (понижение) АД, кратковременное головокружение.

Я информирован о необходимости правильного поведения до, во время и после процедуры.

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отменить назначенные процедуры. С планом лечения ознакомлен(а) и согласен(а).

Также я информирован(а), что в случае прерывания курса лечения эффективность лечения снижается.

Я осведомлен(а), что назначенное физиотерапевтическое лечение имеет перечень противопоказаний, которые были доведены до моего сведения лечащим врачом.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ГАРДАСИЛ против вируса папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов)**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **ГАРДАСИЛ против вируса папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов** прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Я понимаю, что вакцинация это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

Мне разъяснены мои права, в том числе право на информацию о состоянии здоровья, право на согласие либо отказ от медицинского вмешательства.

Меня проинформировали о назначении данной вакцины, способах его применения и дозах. Я предупрежден(а) о противопоказаниях данного препарата таких, как гиперчувствительность к активным компонентам и наполнителям вакцины.

Я информирован(а) о необходимости предохранения от беременности в течение всего курса вакцинации.

Я информирован(а) о том, что как и любая другая вакцина, вакцина ГАРДАСИЛ может защитить не всех вакцинированных.

Я уведомлен(а) о необходимости соблюдения всех рекомендаций (включая, предписанный трехкратный курс (0-2-6), рекомендованный производителем вакцины) обеспечивающих надлежащее выполнение вакцинации, включая сообщение необходимых для этого сведений.

Я проинформирован(а) о том, что лечебным действием вакцина не обладает, что она не предназначена для лечения существующих на момент вакцинации заболеваний, в том числе вызванных вирусом папилломы человека типов 6, 11, 16 и 18. Мне известно о том, что вакцина не предотвращает заболевания, вызванные типами вируса папилломы человека, не входящими в состав вакцины.

Я сообщил(а) врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Мне разъяснено, что Центр не несет ответственности за качество вакцины, приобретенной лично мною и за возможные осложнения, развившиеся в случае проведения инъекции данной вакциной.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ПНЕВМО 23)

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **ПНЕВМО 23 от пневмонии** и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснены мои права, в том числе право на информацию о состоянии здоровья, право на согласие либо отказ от медицинского вмешательства.

Меня проинформировали о назначении данной вакцины, способах его применения и дозах.

Я понимаю, что вакцинация – это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

Мне ясно и я понимаю тот факт, что после вакцинации могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть как местного характера (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие), так и общего характера (повышение температуры, недомогание, озноб и другие).

Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и др.), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

Я сообщил(а) врачу о предшествующих вакцинациях, обо всех особенностях своего организма, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Мне разъяснено, что Центр не несет ответственности за качество вакцины, приобретенной лично мною и за возможные осложнения, развившиеся в случае проведения инъекции данной вакциной.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ЦЕРВАРИКС против вируса папилломы человека 16 и 18 типов )**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, профилактической квадривалентной вакциной ЦЕРВАРИКС против вируса папилломы человека 16 и 18 типов прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснены мои права, в том числе право на информацию о состоянии здоровья, право на согласие либо отказ от медицинского вмешательства.

Меня проинформировали о назначении данной вакцины, способах его применения и дозах. Я предупрежден(а) о противопоказаниях данного препарата таких, как гиперчувствительность к активным компонентам и наполнителям вакцины.

Я информирована о необходимости предохранения от беременности в течение всего курса вакцинации. Я информирован(а) о том, что как и любая другая вакцина, вакцина ЦЕРВАРИКС может защитить не всех вакцинированных.

Я уведомлен(а) о необходимости соблюдения всех рекомендаций (включая, предписанный трехкратный курс (0-2-6), рекомендованный производителем вакцины), обеспечивающих надлежащее выполнение вакцинации, включая сообщение необходимых для этого сведений.

Я проинформирован(а) о том, что лечебным действием вакцина не обладает, что она не предназначена для лечения существующих на момент вакцинации заболеваний, в том числе вызванных вирусом папилломы человека типов 16 и 18. Мне известно о том, что вакцина не предотвращает заболевания, вызванные типами вируса папилломы человека, не входящими в состав вакцины.

Я сообщил(а) врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Мне разъяснено, что Центр не несет ответственности за качество вакцины, приобретенной лично мною и за возможные осложнения, развившиеся в случае проведения инъекции данной вакциной.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ЭНДЖЕРИКС от гепатита «В»)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **ЭНДЖЕРИКС от гепатита «В»** и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Я понимаю, что вакцинация это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

Мне разъяснены мои права, в том числе право на информацию о состоянии здоровья, право на согласие либо отказ от медицинского вмешательства.

Меня проинформировали о назначении данной вакцины, способах его применения и дозах. Я предупрежден(а) о противопоказаниях данного препарата таких, как гиперчувствительность к активным компонентам и наполнителям вакцины.

Я информирован(а) о необходимости предохранения от беременности в течение всего курса вакцинации.

Я информирован(а) о том, что как и любая другая вакцина, вакцина ЭНДЖЕРИКС может защитить не всех вакцинированных.

Я уведомлен(а) о необходимости соблюдения всех рекомендаций (включая, предписанный трехкратный курс (0-2-6), рекомендованный производителем вакцины) обеспечивающих надлежащее выполнение вакцинации, включая сообщение необходимых для этого сведений.

Я проинформирован(а) о том, что лечебным действием вакцина не обладает, что она не предназначена для лечения существующих на момент вакцинации заболеваний.

Я сообщил(а) врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Мне разъяснено, что Центр не несет ответственности за качество вакцины, приобретенной лично мною и за возможные осложнения, развившиеся в случае проведения инъекции данной вакциной.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Пневмовакс 23 – профилактика заболеваний, вызванных пневомококком (пневмония, бронхит, хронические рецидивирующие заболевания ЛОР-органов)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **Пневмовакс 23 – профилактика заболеваний, вызванных пневомококком (пневмония, бронхит, хронические рецидивирующие заболевания ЛОР-органов)** и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснена методика проведения вакцинации.

Вакцинация осуществляется однократно в возрасте 2 месяцев. Детям из группы риска (с иммунодефицитом, от ВИЧ-инфицированных матерей) вакцинация осуществляется в 2 этапа – в 2 и 4,5 месяцев. Ревакцинация - в возрасте 15 мес.

Я информирован, что противопоказаниями к введению вакцины Пневмовакс 23 являются:

1. Острые инфекционные заболевания

2. Беременность и кормление грудью

3. Аллергическая реакция на предыдущее введение этой вакцины или на любой из компонентов вакцины

Мне разъяснено, что возможными реакциями на вакцинацию могут быть:

1. Местные: покраснение, боль, припухлость в месте инъекции

2. Общие (редко): боли в суставах и мышцах, сыпь, крапивница, тошнота, рвота, головная боль.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время проведения вакцинации, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, **ОБЯЗУЮСЬ** незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Приорикс – профилактика кори, краснухи и эпидемии паротита)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **Приорикс – профилактика кори, краснухи и эпидемии паротита** и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснена методика проведения вакцинации.

Вакцинация осуществляется однократно в возрасте 12 месяцев с ревакцинацией в 6 лет.

Я информирован, что противопоказаниями к введению вакцины Приорикс являются:

- 1.Первичные иммунодефициты,
  - 2.Острые заболевания и обострения хронических заболеваний,
  - 3.Беременность,
  4. Аллергическая реакция на предыдущее введение этой вакцины или на любой из компонентов вакцины,
  5. Повышенная чувствительность к неомицину, любому другому ингредиенту вакцины, куриным яйцам.
- Мне разъяснено, что возможными реакциями на вакцинацию могут быть:
- 1.Развитие гриппоподобного синдрома (у 1% привитых), умеренное увеличение лимфатических узлов, повышение температуры тела (у 10% привитых),
  - 2.Общие (очень редко): беспокойство, нарушения сна, сыпь,
  3. Местные реакции: покраснение, болезненность, отек в месте введения.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время проведения вакцинации, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Регевак – профилактика вирусного гепатита В )**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакциной: **Регевак – профилактика вирусного гепатита В** и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснена методика проведения вакцинации.

Вакцинация осуществляется трехкратным введением: в первые 12 часов после рождения, в возрасте 1 мес. и 6 месяцев. Детям из группы риска (от матерей, носителей вируса гепатита В) вакцинация проводится в 4 этапа (при рождении, в 1 мес, 2 мес и в 12 мес)

Я информирован, что противопоказаниями к введению вакцины Регевак являются:

1. Острые инфекционные заболевания,
2. Беременность и кормление грудью,
3. Аллергическая реакция на предыдущее введение этой вакцины или на любой из компонентов вакцины.

Мне разъяснено, что возможными реакциями на вакцинацию могут быть:

1. Местные: покраснение, боль, припухлость в месте инъекции,
2. Общие (редко): слабость, недомогание, повышение температуры тела, гриппоподобный синдром.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время проведения вакцинации, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, **ОБЯЗУЮСЬ** незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
Ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, **вакциной** \_\_\_\_\_ и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Меня проинформировали о назначении данной вакцины, способах его применения и дозах.

Я понимаю, что вакцинация – это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

Мне ясно и я понимаю тот факт, что после вакцинации могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть как местного характера (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие), так и общего характера (повышение температуры, недомогание, озноб и другие).

Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и др.), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

Я сообщил(а) врачу о предшествующих вакцинациях, обо всех особенностях организма, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о наличии сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных ранее.

В случае ухудшения самочувствия, возникновении реакции на прививку, не предусмотренную инструкцией о вакцине, ОБЯЗУЮСЬ незамедлительно сообщить об этом врачу, проводившему прививку.

Мне разъяснено, что Центр не несет ответственности за качество вакцины, приобретенной лично мною и за возможные осложнения, развившиеся в случае проведения инъекции данной вакциной.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на аллергологическое тестирование и  
проведение специфической иммунотерапии**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **аллергологическое тестирование и проведение специфической иммунотерапии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

В частности, я ознакомлен с тем объемом исследования и манипуляциями, а также с теми последствиями, которые возможны в результате медицинского вмешательства, **аллергологической службы**:

- аллергологическое тестирование ( кожная пробы с аллергенами)
- специфическая иммунотерапия водно-солевыми экстрактами аллергенов.

При проведении аллергологического обследования с аллергенами и специфической иммунотерапии аллергенами могут развиваться осложнения от местных аллергических реакций до анафилактического шока.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение исследования на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента чрескожной диагностической пункции щитовидной железы (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **чрескожной диагностической пункции (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата)** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осознаю, что диагностическое исследование назначено мне с целью лечения моего заболевания или с профилактической целью, учитывая показания.

Я осведомлен(а), что пищевой режим при проведении функционального исследования не меняется.

Я информирован(а) о необходимости правильного поведения во время проведения исследования.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных рисках, в частности:

**При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы возможны:**

- болезненность при проведении процедуры;
- подкожная гематома после процедуры;
- легкое головокружение, связанное с вынужденным положением (запрокидывание головы назад);
- травматизация шейных сосудов (при близком расположении сосудов – возможны «образования»);

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение чреспокожной диагностической  
пункции мягких тканей (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем  
ультразвукового аппарата)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение чреспокожной диагностической  
пункции (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата)  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с  
ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность  
развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осознаю, что диагностическое исследование назначено мне с целью лечения моего  
заболевания или с профилактической целью, учитывая показания.

Я осведомлен(а), что пищевой режим при проведении функционального исследования не меняется.

Я информирован(а) о необходимости правильного поведения во время проведения  
исследования.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных  
рисках, в частности:

**При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии мягких тканей возможны:**

- болезненность при проведении процедуры;
- подкожная гематома после процедуры.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я  
подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение чреспокожной диагностической  
пункции молочной железы (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем  
ультразвукового аппарата)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение чреспокожной диагностической  
пункции (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата)  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с  
ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность  
развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осознаю, что диагностическое исследование назначено мне с целью лечения моего  
заболевания или с профилактической целью, учитывая показания.

Я осведомлен(а), что пищевой режим при проведении функционального исследования не меняется.

Я информирован(а) о необходимости удаления волос из подмышечных областей при биопсии  
молочных желез.

Я информирован(а) о необходимости правильного поведения во время проведения  
исследования.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных  
рисках, в частности:

**При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии молочной железы возможны:**

- болезненность при проведении процедуры;
- подкожная гематома после процедуры;
- гемоторакс, пневмоторакс;
- подкожная эмфизема;
- отек, покраснение молочной железы.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я  
подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение ректороманоскопии**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **ректороманоскопии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что ректороманоскопия – это осмотр прямой кишки и сигмовидной кишки с помощью ректоскопа.

Особенности подготовки к данному исследованию мне разъяснены в доступной для меня форме лечащим врачом.

Мне известно, что данная манипуляция будет производиться, только с моего письменного согласия и, что она также необходима для определения более точного и правильного моего диагноза, а также для дальнейшего определения хода моего лечения и предоставления прогноза.

Мне известно, что ректоскоп представляет собой металлический тубус (трубку), оснащенный осветительными устройствами. В ходе исследования ректоскоп вводится в прямую кишку, при этом я буду находиться в коленно-локтевом положении.

Мне разъяснили, что весь инструментарий используемый при выполнении вышеуказанной манипуляции стерилен.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство сопряжено с определенным риском для моего здоровья, а также предупрежден лечащим врачом о характере предстоящих манипуляций, о возможных негативных ощущениях и возможных осложнениях, как в процессе выполнения исследования, так и в последствии, включая:

1). Болевые ощущения; 2). Повышение кровоточивости; 3). Обострение сопутствующих заболеваний; 4) Перфорация – разрыв кишки при проведении исследования.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Я обязуюсь после проведения вышеназванных манипуляций соблюдать все рекомендации лечащего врача.

Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка центра лечащий врач вправе отказаться от моего наблюдения и обследования.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся по моей вине, в результате несчастного случая или непрогнозируемого медицинского исхода.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение суточного мониторирования РН и моторики пищевода с исследованием функции импеданса**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **суточного мониторирования РН и моторики пищевода с исследованием функции импеданса** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что данная манипуляция необходима для определения более точного и правильного моего диагноза, а также для дальнейшего определения хода моего лечения и предоставления прогноза.

Я ознакомлен(а), что суточное мониторирование РН и моторики пищевода – это исследование кислотности пропульсивной активности пищевода и желудка.

Мне известно, что аппарат для проведения данного исследования состоит из зонда в диаметре 0,1 см. и его считывающего устройства. Исследование продолжается в течении 24 (двадцати четырех) часов. В его входе устанавливается зонд через нос в пищевод и желудок (назогастральный) и, считывающим устройством фиксируются показатели РН и моторики пищевода, желудка.

Мне разъяснили, что весь инструментарий используемый при выполнении вышеуказанной манипуляции стерилен.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Я обязуюсь после проведения вышеназванных манипуляций соблюдать все рекомендации лечащего врача.

Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка центра лечащий врач вправе отказаться от моего наблюдения и обследования.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение суточного мониторирования РН и моторики пищевода**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **суточного мониторирования РН и моторики пищевода** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что данная манипуляция необходима для определения более точного и правильного моего диагноза, а также для дальнейшего определения хода моего лечения и предоставления прогноза.

Я ознакомлен(а), что суточное мониторирование РН и моторики пищевода – это исследование кислотности пропульсивной активности пищевода и желудка.

Мне известно, что данный аппарат состоит из зонда в диаметре 0,1 см. и его считывающего устройства. Исследование продолжается в течении 24 (двадцати четырех) часов. В его ходе устанавливается зонд через нос в пищевод и желудок (назогастральный) и, считывающим устройством фиксируются показатели РН и моторики пищевода, желудка.

Мне разъяснили, что весь инструментарий используемый при выполнении вышеуказанной манипуляции стерилен.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Я обязуюсь после проведения вышеназванных манипуляций соблюдать все рекомендации лечащего врача.

Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка центра лечащий врач вправе отказаться от моего наблюдения и обследования.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение дыхательного теста на определение H. Pilori**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **дыхательного теста на определение H. Pilori**,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что данное исследование будет производиться, только с моего письменного согласия и, что она также необходима для определения более точного и правильного моего диагноза, а также для дальнейшего определения хода моего лечения и предоставления прогноза.

Я ознакомлен(а), что дыхательный тест позволяет определить наличие **H. Pylori** в выдыхаемом воздухе с определением C13 меченого углерода при помощи газоанализатора «BreathID». Во время исследования пациенту дается выпить пробный завтрак, который состоит из раствора, содержащего лимонную кислоту.

Я осознаю, что противопоказаний и осложнений для данного исследования нет.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение непрямой эластометрии**  
Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **непрямой эластометрии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что данное исследование необходимо для определения более точного и правильного моего диагноза, а также для дальнейшего определения хода моего лечения и предоставления прогноза.

Я ознакомлен(а), что непрямая эластометрия позволяет оценить плотность печени и риск развития цирроза не инвазивным методом. При исследовании датчик аппарата, с помощью которого осуществляется исследование, устанавливается в правом подреберье и производится 10 измерений.

Я осознаю, что противопоказаний и осложнений для данного исследования нет.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение стернальной пункции**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **стернальной пункции** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

В частности, я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства, **гематологической службы**:

### **Стернальная пункция.**

Показанием к стернальной пункции может быть подозрение на: лейкозы, анемии, миелодиспластические синдромы, болезнь Гоше, болезнь Крисчена-Шюллера, метастазы опухолей в костный мозг и т.д. Выполняется для диагностики и дифференциальной диагностики системных заболеваний крови (гемобластозов, апластических, гипопластических и мегалобластных анемий).

Процедура позволяет оценить функциональное состояние костного мозга, увидеть мельчайшие изменения процесса кроветворения. Функция костного мозга относится к амбулаторным процедурам.

Грудину прокалывают иглой Кассирского.

Место прокола смазывают раствором йода и протирают спиртом. Пункцию грудины делают на уровне III —IV межреберья. Большого укладывают ровно на спину, желательно на твердую кушетку. Ощупывают грудину. Через 2-3 мин. после анестезии (лимонная корочка, под надкостничное введение 1-2 мл 2% лидокаина) вводят иглу строго перпендикулярно поверхности грудины. Игла вводится быстрым вращательно-поступательным движением по средней линии в костномозговую полость.

При непереносимости анестетиков стернальную пункцию можно проводить без анестезии.

После извлечения мандрена иглу насаживают 10-20 миллиметровый шприц. При аспирации, даже после анестезии, пациент испытывает кратковременную боль (косвенный признак удачного прокола). Тракцию поршня прекращают сразу после появления у пациента боли.

Соблюдение этих правил обеспечивает полную безопасность пункции грудины.

Сразу после извлечения иглы полученное содержимое шприцем вдавливают на предметное стекло.

По той же методике осуществляется пункция заднего бугра подвздошной кости, только игла вводится в заднюю ость гребня подвздошной кости.

Я информирован, что к негативным последствиям стернальной пункции относятся сквозной прокол грудины, также кровотечение из места прокола, образование поднадкостничной гематомы. У пациентов, принимающих кортикоステроиды, возможен остеопороз.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение гистероскопии и  
раздельного диагностического высабливания цервикального канала и полости матки**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение гистероскопии и раздельного диагностического высабливания цервикального канала и полости матки мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

**Гистероскопия и раздельное диагностическое высабливание цервикального канала и полости матки**

Гистероскопия - осмотр стенок полости матки с помощью оптических систем. Этот метод служит как для диагностики, так и для лечения различных гинекологических заболеваний, т.к. обычное раздельное высабливание слизистой оболочки стенок матки без визуального контроля 30-90% наблюдений мало информативно и неэффективно.

Плановую гистероскопию проводят после клинического обследования, включающего анализы крови, мочи, мазков из влагалища на степень чистоты, рентгенографии органов грудной клетки.

Оптимальный вариант обезболивания с учетом противопоказаний к нему -внутривенный наркоз.

Гистероскопия показана при:

нарушении менструального цикла в различные периоды жизни женщины;

кровянистых выделениях в пост менопаузу;

подозрении на следующие заболевания и состояния:

подслизистая миома матки, аденомиоз, рак эндометрия, полип эндометрии;

гиперплазия эндометрии; аномалии развития матки, внутриматочные синехии, инородное тело в полости матки.

После гистероскопии женщина находится в дневном стационаре 3 - 6 часов.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение расширенной  
кольпоскопии шейки матки**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **расширенной кольпоскопии шейки матки** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

**Расширенная кольпоскопия шейки матки.**

Для выявления атипического эпителия слизистой шейки матки и влагалища, а также для осмотра шейки матки проводится расширенная кольпоскопия.

Исследование начинают с обработки шейки матки 3% раствором уксусной кислоты и через 1 минуту слизистую осматривают с помощью кольпоскопа под большим увеличением.

После проводят пробу с р-ром Люголя, для этого шейку матки обрабатывают этим раствором и также осматривают под кольпоскопом. После проведения кольпоскопии возможны выделения из половых путей светло-коричневого цвета.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Также я даю согласие на направление моего биоматериала в \_\_\_\_\_ сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазервапоризации**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **расширенной кольпоскопии шейки матки и лазервапоризации** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

**Лазервапоризация** эпителия шейки матки используется для удаления атипического эпителия шейки матки, остроконечных кондилом слизистой шейки матки и влагалища, с помощью аппарата хирургического лазера.

Операция производится в амбулаторных условиях, практически бескровно что связано с коагуляцией крови в просвете кровеносных сосудов путем образования «лазерного» тромба.

Лазервапоризация практически безболезненная операция за счет высокой интенсивности и мощности лазерного излучения, но в отдельных случаях используется местная анестезия раствором лидокаина 10%.

Длительность воздействия лазерным лучом зависит от площади, глубины пораженного участка, наличия рубцовых изменений, деформации шейки матки, и составляет от 15 мин. до 45 мин.

После проведения лазервапоризации эпителия шейки матки показан лечебно-охранительный режим, половой покой в течении месяца.

В течение месяца после проведения операции возможно появление слизисто-кровянистых выделений различной интенсивности, что связано с эпителизацией шейки матки и слизистых влагалища.

Полное заживление после лазеркоагуляции к концу 2-го месяца. Контрольный осмотр через месяц, кольпоскопия + взятие цитологического анализа через 3-6 месяцев. При выявлении остаточных явлений атипического эпителия возможна повторная Лазервапоризация эпителия шейки матки.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение пайпель биопсии  
эндометрия**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«      » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение пайпель биопсии эндометрия, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«      » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

**Пайпель биопсия эндометрия.**

Пайпель биопсия эндометрия представляет собой процедуру взятия образца ткани внутренней слизистой оболочки матки (эндометрия) с целью исключения ее патологии. По показаниям пайпель биопсия эндометрия, может проводиться в первую и во вторую фазу цикла. Данную процедуру осуществляет акушер-гинеколог на гинекологическом кресле при отсутствии воспаления в мазках под местным обезболиванием.

Оптимальный вариант обезболивания с учетом противопоказаний к нему – местная анестезия 2%-ым раствором лидокаина.

Для биопсии используют пайпель - похожая по строению на шприц, гибкая пластиковая трубка с боковым отверстием на конце, внутри которой находится поршень. Врач осторожно вводит пайпель в полость матки, затем внутренний поршень используется для аспирации небольших кусочков ткани эндометрия. Далее материал отправляют для гистологического исследования.

После выполнения манипуляции могут появиться небольшие кровянистые выделения (при использовании пулевых щипцов) и болевые ощущения внизу живота, поэтому после процедуры могут быть использованы обезболивающие и спазмолитические препараты.

Противопоказанием для выполнения процедуры являются: беременность, острый воспалительный процесс или обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза, заболевания крови.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

# **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение радиоконизации шейки матки**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **радиоконизации шейки матки** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

**Радиоконизация шейки матки** соединяет в себе конусовидное иссечение и одновременную коагуляцию эрозированных тканей шейки матки и выполняется с использованием радиоволнового прибора «Сургитрон». Радиоконизация эрозии осуществляется с помощью петлевых или скальпельных электродов в режиме «разрез и коагуляция», что позволяет взять образец патологической ткани для исследования гистограммы. Достоинствами радиоволновой конизации служат быстрота выполнения процедуры, скорая безрубцовая эпителиализация раны, бескровность, минимальные операционные и послеоперационные болевые ощущения.

При выполнении данной манипуляции в шейку матки вводят инъекцию 1 % лидокаина (анестетик) и адреналина (с целью уменьшения кровотечения из поврежденных сосудов). Под контролем кольпоскопа на расстоянии 3 - 5 мм от трансформированной зоны устанавливают электродную петлю и пропускают через нее высокочастотный переменный электрический ток. Погружая петлю на глубины около 5 – 8 мм, вырезают трансформированный участок (фрагмент патологического эпителия). При помощи щипцов удаляют вырезанный фрагмент шейки матки и отправляют его на гистологическое исследование. Кровотечение останавливают, коагулируя раневую поверхность.

После проведенной процедуры женщина должна быть готова к последствиям: в течение первых двух недель после проведения процедуры конизации шейки матки возможны обильные, неприятно пахнущие выделения коричневого цвета, схваткообразные боли внизу живота, возможны обильные, болезненные менструации (иногда кровь выходит в виде крупных сгустков).

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

**В том числе я даю согласие на забор крови из вены.**

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение электроконизации шейки матки**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **электроконизации шейки матки** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

**Электроконизация шейки матки** – это медицинская манипуляция, во время которой производится иссечение трансформированной зоны шейки матки в виде фрагмента, имеющего конусообразную форму. Фрагмент включает часть шейки матки и ее шеечного канала. Процедура электроконизации проводится с целью точной диагностики и лечения предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки. При этом используются специальные петлевидные электроды, они могут иметь различные размеры. Данный метод имеет недостаток – при использовании электродов возникают трудности контроля глубины иссечения фрагмента, возможно возникновение кровотечения, образование рубцовых изменений шейки матки, сужение канала шейки матки, часто возникает рецидив опухоли (или дисплазии шейки).

При выполнении данной манипуляции в шейку матки вводят инъекцию 1 % лидокаина (анестетик) и адреналина (с целью уменьшения кровотечения из поврежденных сосудов). Под контролем кольпоскопа на расстоянии 3 - 5 мм от трансформированной зоны устанавливают электродную петлю и пропускают через нее высокочастотный переменный электрический ток. Погружая петлю на глубины около 5 – 8 мм, вырезают трансформированный участок (фрагмент патологического эпителия). При помощи щипцов удаляют вырезанный фрагмент шейки матки и отправляют его на гистологическое исследование. Кровотечение останавливают, коагулируя раневую поверхность.

После проведенной процедуры женщина должна быть готова к последствиям: в течение первых двух недель после проведения процедуры электроконизации шейки матки возможны обильные, неприятно пахнущие выделения коричневого цвета, схваткообразные боли внизу живота, возможны обильные, болезненные менструации (иногда кровь выходит в виде крупных сгустков).

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)  
Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение прицельной биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища, и/или наружных половых органов**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **прицельной биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища, и/или наружных половых органов** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

**Медицинским работником** \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

**Биопсия шейки матки.**

При обнаружении атипического эпителия для более углубленного исследования прицельно берется биопсия шейки матки и/или слизистой влагалища, и/или наружных половых органов с помощью биотома.

Взятый материал направляется в лабораторию для гистологического анализа. В течение месяца после проведения операции возможно появление слизисто-кровянистых выделений различной интенсивности, что связано с эпителизацией слизистой и/или кожи.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение радиоволновой биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **радиоволновой биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирован.

**Биопсия шейки матки.**

При обнаружении атипического эпителия для более углубленного исследования прицельно берется биопсия шейки матки с помощью радионожа. Круговая биопсия выполняется при расположении атипического участка, исходящего из цервикального канала. Прицельная биопсия выполняется при другом расположении атипического участка на эктоцервиксе.

Взятый материал направляется в лабораторию для гистологического анализа. В течение месяца после проведения операции возможно появление слизисто-кровянистых выделений различной интенсивности, что связано с эпителизацией слизистых и кожи.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеуказанное мною прочитано и полностью понято. Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.

**Также я даю согласие на направление моего биоматериала в сторонние организации с целью проведения клинических исследований.**

**В том числе я даю согласие на забор крови из вены.**

Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение чрезпищеводной  
электрокардиостимуляции (ЧПЭС).**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение чрезпищеводной  
электрокардиостимуляции (ЧПЭС) мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с  
ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность  
развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего  
здравья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во  
время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать  
возможных осложнений о которых я также информирован.

Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского  
вмешательства – чрезпищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭС).

До моего сведения доведено, что планируемая ЧПЭС не связана с устраниением  
непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики  
нарушений ритма сердца, нарушений в проводящей системе сердца и диагностики ишемической  
болезни сердца. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики  
лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что сущность метода ЧПЭС состоит во введении через рот или через нос  
электрода. Далее проводится электростимуляция сердца в различных режимах, во время которой я  
буду ощущать сердцебиение.

Я предупрежден, что во время ЧПЭС у меня могут возникнуть :

- жжение в области пищевода, за грудиной;
- боли в области спины, связанные с сокращением мышц;
- частая икота или одышка;
- раздражение носоглотки и пищевода;
- ущемление электрода в носовых ходах;
- приступ стенокардии, в редких случаях развитие ОИМ;
- развитие некупирующегося пароксизма тахикардии;
- развитие острой сердечной или сосудистой недостаточности;

- развитие фибрилляции желудочков или асистолии и др.

Также я предупрежден, что в процессе выполнения данной манипуляции могут возникнуть осложнения в виде введения пищеводного электрода в трахею вместо пищевода.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на эндоларингиальное введение лекарственных препаратов**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на эндоларингеальное введение лекарственных препаратов мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем: Эндоларингеальное введение лекарственных препаратов проводится с целью нанесения на слизистую голосовых складок лекарственного вещества для точечной доставки препарата при заболеваниях голосового аппарата. Подготовка к проведению манипуляции не требуется.

Факторы, влияющие на результат: анатомическое строение гортаноглотки(короткая шея, нависание надгортанника, большой язык), выраженный глоточный рефлекс может затруднить правильность выполнения манипуляции.

Противопоказания: аллергические реакции на лекарственные препараты.

Альтернативные методы: ингаляции лекарственных средств через небулайзер  
( ингалятор).

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: ларингоспазм, аллергические реакции на лекарственные препараты.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение биопсии слизистой ротоглотки, биопсии новообразования наружного уха**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **биопсии слизистой ротоглотки, биопсии новообразования наружного уха** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Биопсия слизистой ротоглотки, биопсии новообразования наружного уха.** Цель: гистологический анализ прижизненно удаленных кусочков ткани или органа с целью определения различных форм опухолей, дифференциальная диагностика воспалительных, гиперпластических, опухолевых процессов.

Противопоказания: практически не существует.

Подготовка: местная аппликационная или инфильтрационная анестезия. Предупредить врача об имевшихся ранее аллергических реакциях на анестетики.

Факторы, влияющие на результат: правильность забора материала. Количество биоптата должно быть достаточным для проведения исследования.

Я информирован, что осложнениями проведения данной манипуляции могут быть: кровотечение; реактивный инфильтрат; стеноз дыхательных путей при вдохании биопсийного материала.

Альтернативные методы: нет.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)  
Дата \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

### **Добровольное информированное согласие пациента на вскрытие кист небных миндалин**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **вскрытие кист небных миндалин** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Вскрытие кист небных миндалин.** Цель: Удаление казеозных масс из миндалин, с целью противовоспалительного лечения.

Подготовка: аппликация раствора анестетика (10% раствор лидокаина). Предупредить врача о возможных аллергических реакциях.

Факторы, влияющие на результат: выраженный глоточный рефлекс, тризм, невозможность широко открыть рот.

Противопоказания: острый или обострение хронического воспалительного процесса ЛОР органов.

Альтернативные методы: лакунотомия лазерная, с лазервапоризацией кист миндалин

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: кровотечение из миндалин, аллергические реакции на медикаменты.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазерной коагуляции  
миндалин, ткани миндалин, гранул задней стенки глотки, боковых валиков глотки,  
лакунотомии лазерной**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **выполнение лазерной коагуляции миндалин, ткани миндалин, гранул задней стенки глотки, боковых валиков глотки, лакунотомии лазерной**,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Лазерная коагуляции миндалин, ткани миндалин, гранул задней стенки глотки, боковых валиков глотки, лакунотомия лазерная.** Цель: Удаление поверхностных рубцов, спаек небной миндалины с небными дужками, уменьшение объема ткани миндалины, расширение лакун миндалин, удаление гипертрофированных лимфоидных фолликулов задней стенки глотки, вскрытие казеозных кист миндалин.

Подготовка: дообследование согласно перечня необходимого для амбулаторного хирургического лечения. На слизистую миндалин аппликационно наносится анестетик (10 % раствор лидокаина).

Факторы, влияющие на результат: выраженный глоточный рефлекс, тризм, невозможность широко открыть рот.

Противопоказания: острый или обострение хронического воспалительного процесса ЛОР органов.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: крайне редко незначительные кровотечения, аллергия на анестетики.

Альтернативные методы: ультразвуковая биологическая чистка лакун миндалин, криодеструкция небных миндалин, двухсторонняя тонзиллэктомия.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение электроагуляции кровоточащего сосуда перегородки носа**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **выполнение электроагуляции кровоточащего сосуда перегородки носа** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Электроагуляция кровоточащего сосуда перегородки носа.** Цель: остановка носового кровотечения.

Подготовка: На слизистую носа аппликационно наносится анестетик( 10 % раствор лидокаина).

Факторы, влияющие на результат: источник кровотечения находится за гребнем перегородки носа, невозможность визуализировать источник кровотечения.

Противопоказания: обильное кровотечение, невозможность визуализировать его источник.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: при глубокой коагуляции возможен некроз слизистой оболочки с последующим оголением хряща и развитием дистрофических процессов, вплоть до перфорации перегородки носа. Аллергия на анестетики.

Альтернативные методы: химическая коагуляция, отслоение мукоперихондрия перегородки носа, методики выполняемые в условиях стационара: хирургическая перевязка питающих артерий (внутренней верхнечелюстной, наружной сонной и др, эндоваскулярная эмболизация сосудов).

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазерной конхотомии  
(лазервапоризации слизистой нижних и средних носовых раковин, иссечения  
(лазервапоризации) синехий полости носа с помощью лазера**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **лазерной конхотомии  
(лазервапоризации слизистой нижних и средних носовых раковин, иссечения  
(лазервапоризации) синехий полости носа с помощью лазера**,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)  
в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Лазерной конхотомия (лазервапоризация слизистой нижних и средних носовых раковин, иссечение (лазервапоризация) синехий полости носа с помощью лазера.** Цель: уменьшение объема слизистой нижних и средних носовых раковин, уменьшение отека слизистой, противовоспалительное лечение, восстановление носового дыхания, уменьшение постназального симптома, иссечение синехий( сращений, спаек) слизистой полости носа после травм или хирургических вмешательств.

Подготовка: дообследование согласно перечня необходимого для амбулаторного хирургического лечения. Выполняется только при наличии рентгенографии пазух носа или компьютерной томографии пазух носа. На слизистую носа аппликационно наносится анестетик (10 % раствор лидокаина).

Факторы, влияющие на результат: Искривление перегородки носа может быть причиной сохранения затрудненного носового дыхания.

Противопоказания: острый или обострение хронического воспалительного процесса в полости носа, аллергический ринит в стадии обострения, выраженное смещение перегородки носа.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: незначительное носовое кровотечение крайне редко, аллергия на анестетик.

Альтернативные методы: подслизистая вазотомия, пластика нижних носовых раковин выполняются в условиях стационара, ультразвуковая дезинтеграция, диатермоагуляция или высокочастотная коагуляция слизистой нижних носовых раковин.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение промывания  
околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **промывания околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Промывание околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения.** Цель: перемещение лекарственного вещества из полости носа в околоносовые пазухи.

Подготовка: анемизация слизистой полости носа и носовых ходов с использованием сосудосуживающих препаратов.

Факторы, влияющие на результат: воспалительный отек слизистой соустьев околоносовых пазух (блок соустьев).

Противопоказания: ранний детский возраст, повышенное артериальное давление, гипертрофия аденоидов 2-3 степени, полипы полости носа, опухоли полости носа, беременность, носовое кровотечение.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: заброс содержимого полости носа в устье слуховой трубы с развитием острого катарального среднего отита, носовое кровотечение, повышение артериального давления, головокружение, головная боль.

Альтернативные методы: пункция околоносовых пазух, использование синус-катетора ЯМИК.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на промывание лакун миндалин**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **промывание лакун миндалин** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Промывание лакун миндалин.** Цель: удаление казеозных пробок из лакун миндалин, с целью противовоспалительного лечения. проводится с использованием аппарата для промывания миндалин (вакуум-аспирация) или шприцем с аттиковой иглой для точечного промывания лакун миндалин.

Подготовка: для снижения глоточного рефлекса может потребоваться апликация растворов анестетика (10% раствор лидокаина). Предупредить врача о возможных аллергических реакциях.

Факторы, влияющие на результат: выраженный глоточный рефлекс, тризм, невозможность широко открыть рот.

Я информирован, что противопоказаниями к данной манипуляции являются острый воспалительный процесс, язвы миндалин, опухоли миндалин, привычный вывих височнонижнечелюстного сустава, детский возраст.

Я извещен, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть кровотечение из миндалин, аллергические реакции на медикаменты.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на удаление ушной серы, удаление инородного тела из слухового отверстия, введение лекарственных препаратов в наружный слуховой проход**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **удаление ушной серы, удаление инородного тела из слухового отверстия, введение лекарственных препаратов в наружный слуховой проход** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Удаление ушной серы, удаление инородного тела из слухового отверстия, введение лекарственных препаратов в наружный слуховой проход.** Цель: очищение слухового прохода для проведения осмотра кожи слухового хода и барабанной перепонки, с последующим введением лекарственных препаратов.

Подготовка: возможно потребуется размягчение серной пробки (наложений, эпидермальных и грибковых масс) путем закапывания в слуховой проход 3 % перекиси водорода или специальных кератолитических растворов. Удаление ушной серы, инородного тела, эпидермальных, грибковых масс методом аспирации или промывания струей теплой воды с использованием шприца, или устройства для промывания ушей, интегрированного в ЛОР-комбайн.

Факторы, влияющие на результат: длительность стояния серной пробки, сопутствующий воспалительный процесс кожи наружного слухового прохода.

Противопоказания к проведению манипуляции: перфорация барабанной перепонки. Возможные осложнения: перфорация барабанной перепонки при нарушении техники промывания слухового прохода, кровотечение из уха.

Альтернативные методы: удаление эпидермальных или серных наложений аспирацией, специальными крючками (возможна травма кожи слухового прохода, кровотечение из уха).

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение пункции околоносовых пазух**

**Я, \_\_\_\_\_**  
(Ф.И.О. гражданина)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на выполнение **пункции околоносовых пазух** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Пункция околоносовых пазух.** Цель: *диагностическая* - уточнение формы заболевания, возможность проведения рентгенконтрастных, бактериологических, цитологических методов исследования пазухи; *лечебная* - эвакуация патологического содержимого из пазухи путем ее промывания или аспирации содержимого, введение в полость пазухи лекарственных веществ. Подготовка: туалет полости носа отсмаркиванием или аспирацией, анемизация слизистой полости носа с использованием металлического зонда с навивкой с ватой, смоченной сосудосуживающим препаратом, анестезия слизистой полости носа в зоне предстоящей пункции (под нижней носовой раковиной) 10 % раствором лидокаина. Для пункции используется специальная игла Куликовского . Пункция выполняется только при наличии рентгенографии пазух носа или компьютерной томографии пазух носа.

Факторы, влияющие на результат: при воспалительном отеке естественного соусья пазухи возможны затруднения при ее промывании и необходимость введения параллельно второй иглы Куликовского.

Противопоказания: врожденные аномалии и недоразвития верхнечелюстных пазух, травматические повреждения костных стенок пазухи, ранний детский возраст, тяжелая форма гипертонической болезни, сахарного диабета, туберкулеза; острое инфекционное заболевание.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: носовое кровотечение из места пункции под нижней носовой раковиной; щечная пункция( попадание иглы в мягкие ткани щеки); глазничная пункция( попадание иглы в глазницу), воздушная эмболия сосудов мозга и сердца ( исключить продувание пазухи до и после проведения ее промывания), обморочные состояния, аллергические реакции на обезболивающий препарат (анестетик) или введенный в пазуху лекарственный препарат.

Альтернативные методы: синус-катер ЯМИК.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение удаления новообразования глотки с использованием электрокоагуляции, или методом лазерной деструкции**

**Я,**

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **выполнение удаления новообразования глотки с использованием электрокоагуляции, или методом лазерной деструкции** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Удаление новообразования глотки с использованием электрокоагуляции, или методом лазерной деструкции.** Цель: удаление образования с гистологическим исследование удаленной ткани.

Подготовка: дообследование согласно перечня необходимого для амбулаторного хирургического лечения. На слизистую миндалин аппликационно наносится анестетик( 10 % раствор лидокаина) +в толщу основания образования 0,5-1,5 мл 2 % раствора лидокаина. ( при образованиях более 1,0 см в диаметре).

Факторы, влияющие на результат: выраженный глоточный рефлекс, тризм, невозможность широко открыть рот.

Противопоказания: острые и хронические заболевания ЛОР органов в стадии обострения.

Возможные осложнения: аллергия на анестетики.

Альтернативные методы: классический «острый» способ удаления образований.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение ультразвуковой дезинтеграции, высокочастотной электроагуляции нижних носовых раковин**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **выполнение ультразвуковой дезинтеграции, высокочастотной электроагуляции нижних носовых раковин** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)  
в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Ультразвуковая дезинтеграция, высокочастотная электроагуляция нижних носовых раковин.** Цель: сокращение объема нижних носовых раковин с помощью ультразвукового зонда, электроагуляционного электрода.

Подготовка: дообследование согласно перечня необходимого для амбулаторного хирургического лечения. Выполняется только при наличии рентгенографии пазух носа или компьютерной томографии пазух носа. На слизистую носа аппликационно наносится анестетик (10 % раствор лидокаина) + для уменьшения болевых ощущений в толще нижних носовых раковин вводится по 1,5 мл раствора ультракаина D-Sforte 1:200 000.

Факторы, влияющие на результат: Искривление перегородки носа, может быть причиной сохранения затрудненного носового дыхания.

Противопоказания: нарушения свертывающей системы крови, острый или обострение хронического воспалительного процесса ЛОР органов.

Я информирован, что возможными осложнениями проведения манипуляции могут быть: обморочные состояния, аллергические реакции на обезболивающий препарат (анестетик), кровотечение, проникновение ультразвукового зонда в полость черепа при нарушении техники выполнения манипуляции.

Альтернативные методы: подслизистая вазотомия, пластика нижних носовых раковин и конхотомия выполняются в условиях стационара, лазервапоризация слизистой нижних и средних носовых раковин, диатермокоагуляция нижних носовых раковин.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение  
фиброриноларингоскопии, видеоларингоскопии, ларингоскопии с использованием стробоскопа  
Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **фиброриноларингоскопии,  
видеоларингоскопии, ларингоскопии с использованием стробоскопа** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Фиброриноларингоскопия, видеоларингоскопия, ларингоскопии с использованием стробоскопа.** Цель: осмотр нижних отделов глотки, гортани гибким или жестким эндоскопом при затруднении осмотра этих отделов в силу анатомических особенностей (нависание надгортанника над входом в гортань, низко расположенная гортань) или высокого глоточного рефлекса с помощью непрямой зеркальной ларингоскопии.

Подготовка: предварительно проводят местную аппликационную анестезию слизистой оболочки полости носа, глотки, гортани 10 % раствором лидокаина, при возможных аллергических реакциях на препарат необходимо сообщить об этом врачу.

Факторы, влияющие на результат: патологические изменения, препятствующие подведению эндоскопа к зоне осмотра, высокий глоточный и кашлевой рефлексы, носовое кровотечение при введении фиброскопа через полость носа.

Относительным противопоказанием может быть стеноз гортани или трахеи, из-за риска декомпенсации стеноза.

Я информирован, что возможными осложнениями в результате проведения манипуляции будут травма слизистой оболочки дыхательных путей, аллергия на местные анестетики.

Альтернативные методы: непрямая зеркальная ларингоскопия, прямая опорная микроларингоскопия в условиях стационара.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на промывание околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения с использованием синус-катетера ЯМИК**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **промывание околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения с использованием синус-катетера ЯМИК** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, я информирован о следующем:

**Промывание околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения с использованием синус-катетера ЯМИК.** Цель: лечебная-эвакуация патологического содержимого из пазухи путем аспирации содержимого, введение в полость пазухи лекарственных веществ.

Подготовка: туалет полости носа отсмаркиванием или аспирацией, анемизация слизистой полости носа с использованием металлического зонда с навивкой с ватой, смоченной сосудосуживающим препаратом, анестезия слизистой полости носа 10 % раствором лидокаина. Для манипуляции используется специальный запатентованный синус-катетер ЯМИК.

Факторы, влияющие на результат: при воспалительном отеке естественного соустья пазухи невозможно провести аспирацию содержимого и ввести лекарственный препарат в полость пазухи.

Противопоказания: врожденные аномалии и недоразвития верхнечелюстных пазух, травматические повреждения костных стенок пазухи, ранний детский возраст, тяжелая форма гипертонической болезни, сахарного диабета, туберкулеза; острое инфекционное заболевание.

Я информирован, что возможным осложнением проведения манипуляции может быть носовое кровотечение.

Альтернативные методы: пункция верхнечелюстной пазухи иглой Куликовского, перемещение лекарственных средств в пазухи, катетеризация пазухи через естественное соустье.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

---

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение блокады**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **блокады** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что блокада (препарат \_\_\_\_\_) - это локальное введение препарата с целью лечения болевого синдрома. Безопасность и эффективность данного метода лечения подтверждены результатами международных и Российских доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции индивидуален, и может составлять от одной до нескольких процедур, частота которых определяется лечащим врачом.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления (отметить возможные в данном случае): боль в месте инъекции, гематомы, онемение, головная боль, общая слабость, аллергические реакции (отеки, сыпь), другие симптомы, указанные в инструкции к препарату \_\_\_\_\_.

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к проведению блокады являются: гиперчувствительность к любому из компонентов используемых препаратов, нарушение свертываемости крови; беременность, кормление грудью; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции и др.

Я проинформировал(а) врача, что к препарату \_\_\_\_\_ у меня нет аллергической реакции.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью блокады. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

**Я доверяю врачу провести блокаду. Я информирован о том, что препарат будет закуплен лечебным учреждением, согласно установленным порядкам. В связи с этим, я не имею и не буду иметь претензий к лечебному учреждению ни к качеству лекарственного препарата, ни к методам его транспортировки.**

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулиноптерапии предоставленным препаратом**

**Я, \_\_\_\_\_**  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение процедуры **ботулиноптерапии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что Ботулинический токсин типа А (препарат \_\_\_\_\_)- обратимый блокатор

синаптической передачи в холинергических и других синапсах, локальное внутримышечное введение которого приводит к длительному расслаблению инъецированных мышц и уменьшению болевого синдрома. После внутрикожного введения отмечается уменьшение потовыделения в зоне инъекции. Безопасность и эффективность ботулинетерапии подтверждены результатами международных доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции может составить 3-4 месяца (в некоторых случаях - до 6 мес), после чего возможно (необходимо) проведение повторного курса лечения. Положительный эффект отмечается на 7-14 день (до 21 дня) после инъекции.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления: боль в месте инъекции, головная боль, общая слабость, затруднение глотания, слабость верхнего века, микрогематомы, сухость глаза, нечеткость зрения, аллергические реакции (отеки, **сыпь, гриппоподобные симптомы**), другие симптомы, указанные в инструкции к препаратуре \_\_\_\_\_.

По данным международных исследований в незначительной части случаев наблюдается нечувствительность к препаратам ботулотоксина, снижение эффективности после многократных инъекций.

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к ботулинетерапии являются: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата (доказанная аллергия на белки); синдромы патологической мышечной утомляемости (миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы); лечение антибиотиками-аминогликозидами за 1 нед до и 2 нед после инъекции; нарушение свертываемости крови; беременность, кормление грудью; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции и др.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций ботулинического токсина типа А. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

**Я доверяю врачу провести процедуру ботулинетерапии препаратом, предоставленным лично мною. В связи с этим, я не имею и не буду иметь претензий к лечебному учреждению ни к качеству лекарственного препарата, ни к методам его транспортировки.**

Я согласен(на) на проведение фото и видео фиксации с целью определения результатов манипуляции.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулинетерапии**  
**Я, \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение процедуры **ботулинетерапии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что Ботулинический токсин типа А (препарат \_\_\_\_\_)- обратимый блокатор

синаптической передачи в холинергических и других синапсах, локальное внутримышечное введение которого приводит к длительному расслаблению инъецированных мышц и уменьшению болевого синдрома. После внутрикожного введения отмечается уменьшение потовыделения в зоне инъекции. Безопасность и эффективность ботулинетерапии подтверждены результатами международных доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции может составить 3-4 месяца (в некоторых случаях - до 6 мес), после чего возможно (необходимо) проведение повторного курса лечения. Положительный эффект отмечается на 7-14 день (до 21 дня) после инъекции.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления: боль в месте инъекции, головная боль, общая слабость, затруднение глотания, слабость верхнего века, микрогематомы, сухость глаза, нечеткость зрения, аллергические реакции (отеки, сыпь, гриппоподобные симптомы), другие симптомы, указанные в инструкции к препаратуре \_\_\_\_\_.

По данным международных исследований в незначительной части случаев наблюдается нечувствительность к препаратам ботулотоксина, снижение эффективности после многократных инъекций.

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к ботулинетерапии являются: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата (доказанная аллергия на белки); синдромы патологической мышечной утомляемости (миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы); лечение антибиотиками-аминогликозидами за 1 нед до и 2 нед после инъекции; нарушение свертываемости крови; беременность, кормление грудью; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции и др.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций ботулинического токсина типа А. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я согласен(на) на проведение фото и видео фиксации с целью определения результатов манипуляции.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение вестибулометрии  
(включающей видеонистагмографию, калорическую и вращательную пробы)**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **вестибулометрии и включающей видеонистагмографию, калорическую и вращательную пробы** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства – **вестибулометрии (включающей видеонистагмографию, калорическую и вращательную пробы), проведение лечебного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении.**

- **Видеонистагмография:** на пациента надевают маску с одноразовой паралоновой прокладкой с встроенными инфракрасными видеокамерами с помощью ремня на липучей ленте, чтобы маска плотно прилегала к лицу. С помощью компьютеризированной методики на экран перед пациентом выводятся различные зрительные стимулы, за которыми пациент должен следить глазами, также выполняются специальные динамические тесты (позиционные, позные) в закрытой маске на кушетке с целью фиксации движения глаз в темноте.

Используется для объективного исследования функции вестибулярного аппарата с помощью выявления патологических движений глаз в ответ на стимуляцию центральных и периферических структур вестибулярного аппарата.

- **Калорическая воздушная проба:** на пациента надевают маску с одноразовой паралоновой прокладкой с встроенными инфракрасными видеокамерами с помощью ремня на липучей ленте, чтобы маска плотно прилегала к лицу. Пациент ложится на спину на кушетку с поднятым головным концом на 30 градусов. В закрытой маске с помощью калоризатора (отоскоп, через который подается воздух разной температуры 30 градусов и 44 градуса) поочередно исследуется реакция обоих лабиринтов на теплый и холодный воздух. С помощью компьютера регистрируются движения глаз при воздушном воздействии на барабанную перепонку.

Используется для определения асимметрии вестибулярных реакций по лабиринту.

**Вращательные пробы:** пациент садится в кресло Барани, фиксация в кресле с помощью ограничителей. Пациента вращает врач в течение 20 сек (10 оборотов на 360 градусов) с перерывом 3 мин в разные стороны, затем после остановки врач фиксирует движения глаз пациента визуально и с помощью секундомера.

Используется для определения асимметрии вестибулярных реакций по стороне.

Все вышеперечисленные методы исследования не вызывают осложнений, не имеют альтернативных методов исследования, могут появиться некоторые симптомы, как ответная реакция на раздражение вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, потливость, ощущение страха и прочие вегетативные реакции).

До моего сведения доведено, что планируемая манипуляция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики причин вестибулярных нарушений. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение видеонистагмографии**

**Я, \_\_\_\_\_**  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **видеонистагмографии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского видеонистагмографии.

- **Видеонистагмография:** на пациента надевают маску с одноразовой паралоновой прокладкой с встроенными инфракрасными видеокамерами с помощью ремня на липучей ленте, чтобы маска плотно прилегала к лицу. С помощью компьютеризированной методики на экран перед пациентом выводятся различные зрительные стимулы, за которыми пациент должен следить глазами, также выполняются специальные динамические тесты (позиционные, позные) в закрытой маске на кушетке с целью фиксации движения глаз в темноте.

Используется для объективного исследования функции вестибулярного аппарата с помощью выявления патологических движений глаз в ответ на стимуляцию центральных и периферических структур вестибулярного аппарата.

Вышеперечисленный метод исследования не вызывает осложнений, не имеет альтернативных методов исследования. Во время проведения исследования могут появиться некоторые симптомы, как ответная реакция на раздражение вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, потливость, ощущение страха и прочие вегетативные реакции).

До моего сведения доведено, что планируемая манипуляция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики причин вестибулярных нарушений. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение калорической и вращательной проб**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение **калорической и вращательной проб** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского **калорической и вращательной проб**.

- **Калорическая воздушная проба:** на пациента надевают маску с одноразовой паралоновой прокладкой с встроенными инфракрасными видеокамерами с помощью ремня на липучей ленте, чтобы маска плотно прилегала к лицу. Пациент ложится на спину на кушетку с поднятым головным концом на 30 градусов. В закрытой маске с помощью калоризатора (отоскоп, через который подается воздух разной температуры 30 градусов и 44 градуса) поочередно исследуется реакция обоих лабиринтов на теплый и холодный воздух. С помощью компьютера регистрируются движения глаз при воздушном воздействии на барабанную перепонку.

Используется для определения асимметрии вестибулярных реакций по лабиринту.

- **Вращательные пробы:** пациент садится в кресло Барани, фиксация в кресле с помощью ограничителей. Пациента вращает врач в течение 20 сек (10 оборотов на 360 градусов) с перерывом 3 мин в разные стороны, затем после остановки врач фиксирует движения глаз пациента визуально и с помощью секундомера.

Используется для определения асимметрии вестибулярных реакций по стороне.

Используется для объективного исследования функции вестибулярного аппарата с помощью выявления патологических движений глаз в ответ на стимуляцию центральных и периферических структур вестибулярного аппарата.

Вышеперечисленный метод исследования не вызывает осложнений, не имеет альтернативных методов исследования. Во время проведения исследования могут появиться некоторые симптомы, как ответная реакция на раздражение вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, потливость, ощущение страха и прочие вегетативные реакции).

До моего сведения доведено, что планируемая манипуляция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики причин вестибулярных нарушений. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение лечебного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**даю информированное добровольное согласие на проведение лечебного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении мне,**

---

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«      »                          года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником                                     

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства – **лечебного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении.**

**Выполнение лечебного репозиционного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении:** врачом выполняются специальные повороты головы и туловища пациенту, лежащего на кушетке, в зависимости от стороны поврежденного лабиринта. Методику выполнения выбирает врач. Маневр может выполняться неоднократно за одну процедуру.

Все вышеперечисленные методы исследования не вызывают осложнений, не имеют альтернативных методов исследования, могут появиться некоторые симптомы, как ответная реакция на раздражение вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, потливость, ощущение страха и прочие вегетативные реакции).

До моего сведения доведено, что планируемая манипуляция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики причин вестибулярных нарушений. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Информированное добровольное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, проводимых врачом-урологом**

**Я, \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина)

«      »                          года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **проведение диагностической и/или лечебной**

**манипуляции**

мне,

(название манипуляции)

---

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«      »              года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного исследования/манипуляции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма. Мне лично (представляемому) были даны в полной мере и в полном объеме разъяснения по способам проведения диагностических, лечебных, профилактических процедур и иных связанных с этим действий медицинского персонала, а также достаточная информация о результатах моего обследования и лечения.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования/манипуляции могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я информирован(а) о том, что большинство амбулаторных вмешательств производится под местной анестезией, при которой возможны, ранее не выявленные реакции индивидуальной непереносимости анестетика.

Я предупрежден(а) и осознаю, что амбулаторное урологическое вмешательство предполагает полное выполнение рекомендации врача на амбулаторном этапе, что сразу после манипуляции я буду отпущен домой при наличии сопровождающего, на легковом автотранспорте, что самостоятельно мне нельзя будет управлять автомобилем, что назначенные контрольные явки являются обязательным составляющим лечебного процесса.

Я информирован(а) о том, что после проведения исследования/манипуляции возможны: воспалительный процесс в области проведения манипуляции, температурная реакция организма, ректальные кровотечения. Я принимаю на себя обязанность о всех вышеуказанных вариантах течения своевременно (при необходимости, по телефону) сообщать лечащему врачу и действовать согласно его рекомендациям.

Я предупрежден(а) о возможной необходимости приема антибактериальных, обезболивающих и кровоостанавливающих лекарственных препаратов, ограничении физических нагрузок, исключения подъема тяжестей.

Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы лечащему врачу и я получил(а) на них понятные мне исчерпывающие ответы. Я ознакомлен(а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое **СОГЛАСИЕ** на проведение мне (представляемому) диагностических и лечебных манипуляций.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического вмешательства врачом-ортопедом**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«      »              года рождения, зарегистрированный по адресу:

---

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **хирургического вмешательства** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель данного вмешательства – улучшение качества моего здоровья.  
Мне разъяснена методика проведения этого вмешательства.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, действующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я информирован о том, что возможно проведение манипуляции под местной анестезией, возможны, ранее не выявленные реакции индивидуальной непереносимости анестетика.

Я информирован(а) о том, что после проведенной процедуры возможны следующие побочные эффекты:

- кратковременная боль и/или отеки в области инъекции и/или появление внутрисуставной экссудации (в некоторых случаях значительная с более продолжительным болевым синдромом).

- сыпь, крапивница, зуд, тошнота, головная боль, головокружение, озноб, мышечные судороги, парестезии, периферические отеки, слабость, затруднение дыхания, покраснение кожи.

Я предупрежден(а), что обо всех побочных эффектах я обязан информировать врача.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я также предупрежден о необходимости соблюдения охранительного режима, ограничения физических нагрузок после проведения манипуляции.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение манипуляции – взятие мазка (посева) из обоих глаз**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение манипуляции – **взятие мазка (посева) из обоих глаз**,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Мне разъяснена методика проведения данной манипуляции.

Я информирован(а) о том, что целью проведения исследования является обследование микрофлоры органа зрения и цитологическое исследование взятого биоматериала.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я подтверждаю, что меня информировали о предстоящем вмешательстве, показаниях к нему и связанном с ним риске.

В частности, я ознакомлен с теми последствиями, которые возможны в результате медицинского вмешательства - болезненность при проведении процедуры.

Я утверждаю, что информировал (а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, о наличии аллергии и реакциях на медицинские препараты. Добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение флуоресцентной ангиографии**

**Я, \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **флюоресцентной ангиографии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Со мной проведена подробная беседа о необходимости проведения данного обследования с целью постановки диагноза и определения тактики дальнейшего лечения. Я информирован о том, что в ходе обследования мне внутривенно будет введено контрастное вещество - \_\_\_\_\_, с последующей фотoreегистрацией картины глазного дна.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я знаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписьываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение лазерной операции**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение лазерной операции мне,

---

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время вмешательства, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Со мной проведена подробная беседа о возможности лазерного лечения моего заболевания, даны рекомендации о соблюдении режима во время лечения и после него.

Я проинформирован о возможности возникновения серьезных осложнений, вплоть до потери зрения, которые могут возникнуть во время проведения лазерного вмешательства и в послеоперационном периоде, обусловленных тяжестью моего заболевания, а также факторами риска, как со стороны органа зрения (сопутствующие глазные заболевания: миопия, глаукома, болезнь роговицы или сетчатки и др.), так и с факторами риска общих заболеваний (например: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, психоневрологические, гематологические, иммунные заболевания и др.) Мне объяснили, что для уменьшения риска возникновения осложнений, я обязан (а) сообщить врачу все сведения о наличии у меня непереносимости или аллергических реакций на какие-либо препараты, о ранее проведенных хирургических вмешательствах. Мне разъяснено, что «ОКДЦ» не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся по моей вине, в результате несчастного случая или непрогнозируемого медицинского исхода. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, о ходе проведения операции, о прогнозе лечения. На все заданные вопросы я получил подробные разъяснения.

Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение, которое врач сочтет необходимым для улучшения моего здоровья и (или) для уменьшения риска возникновения осложнений.

Я предупрежден, что предложенная мне операция является частью многоэтапного лечения и не всегда гарантирует стабилизацию и улучшение зрения.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно.

Я

подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение аутогемотерапии волосистой части головы**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **аутогемотерапии волосистой части головы** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель данного вмешательства – улучшение объективных показателей состояния волосяного покрова головы, ускорение роста волос. Мне разъяснена методика проведения этого вмешательства.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а).

В частности, я ознакомлен(а) с теми последствиями, которые возможны в результате данного медицинского вмешательства:

- болезненность в местах введения препарата,
  - возникновение в результате процедуры кровоизлияния, отечности, гиперпигментации, гиперемии (покраснения) кожи, образование небольших корочек в местах вколов,
  - в некоторых случаях процедура может вызывать токсико-аллергическую реакцию.
- Я информирован (а), что противопоказаниями к проведению данного вмешательства являются:
- обострение хронических и наличие острых заболеваний (повышение температуры и т.д.),
  - наличие системных заболеваний крови,
  - наличие опухолевых заболеваний,
  - непереносимость гепарина,
  - беременность и лактация.

Я уведомлен(а), что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.

Мне разъяснено, что настоящее вмешательство проводится не ранее, чем через 4 часа после приема пищи.

Я информирован(а), что обязан(а) соблюдать рекомендации по домашнему уходу за кожей головы для достижения поставленной цели лечения. Также мне разъяснено, что результат проведения процедуры аутогемотерапии волосистой части головы отмечается с 14 суток после проведения процедуры.

Подписывая данный документ, даю согласие на проведение вмешательства.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на введение лекарственных препаратов в кожу головы**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **введение лекарственных препаратов в кожу головы** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель данного вмешательства – улучшение объективных показателей состояния волосяного покрова головы, ускорение роста волос. Мне разъяснена методика проведения этого вмешательства.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

В частности, я ознакомлен с теми последствиями, которые возможны в результате данного медицинского вмешательства:

- болезненность в местах введения препарата,
  - возникновение в результате процедуры кровоизлияния, отечности, гиперпигментации, гиперемии (покраснения) кожи, образование небольших корочек в местах укола,
  - в некоторых случаях процедура может вызывать токсико-аллергическую реакцию.
- Я информирован(а), что противопоказаниями к проведению данного вмешательства являются:
- обострение хронических и наличие острых заболеваний (повышение температуры и т.д.),
  - наличие системных заболеваний крови,
  - наличие опухолевых заболеваний,
  - беременность и лактация,
  - аллергические реакции на один из компонентов препарата.

Мне разъяснено, что курс лечения проводится в несколько сеансов с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего ухода за кожей в домашних условиях.

Подписывая данный документ, даю согласие на проведение вмешательства.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение чрескожной трепанбиопсии органа (или его образования) с диагностической целью под контролем ультразвукового аппарата**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **чрескожной диагностической трепанбиопсии органа или его образования под УЗИ-контролем** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осознаю, что диагностическое исследование назначено мне с целью лечения моего заболевания или с профилактической целью, учитывая показания.

Я осведомлен(а), что пищевой режим при проведении пункционного исследования меняется.

Я информирован(а) о необходимости удаления волос с кожных покровов, расположенных над проекцией органа (образования), предназначенного для биопсии.

Я информирован(а) о необходимости правильного поведения во время проведения исследования.

Я подтверждаю, что меня информировали о связанных с проведением манипуляции возможных рисках, в частности:

При проведении трепанбиопсии внутренних органов и их образований возможны:

- болезненность при проведении процедуры;
- подкожная и внутриорганская гематома после процедуры;
- гемоторакс, пневмоторакс;
- подкожная эмфизема;
- внутриполостные кровотечения, желчеистечения.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я

подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение хирургического  
вмешательства врачом-колопроктологом**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение хирургического вмешательства мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я предупрежден(а) о возможности альтернативного хирургического лечения в условиях стационара.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение хирургического вмешательства сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о том, что большинство хирургических вмешательств в амбулаторной колопроктологии производится под местной анестезией, при которой возможны, ранее не выявленные реакции индивидуальной непереносимости анестетика; о том, что результатом хирургического вмешательства могут быть послеоперационные раны, с наложенными швами или без них, наложение швов на сосуды прямой кишки.

Я информирован(а) о возможности изменения хода запланированной операции по экстренным показаниям, возникшим в ходе оперативного вмешательства и даю на это согласие.

Я предупрежден(а) и осознаю, что амбулаторное хирургическое вмешательство предполагает проведение послеоперационного периода дома, в том числе наблюдение врача в ЛПУ по месту жительства, при соответствующих бытовых условиях и возможности телефонной связи с лечащим врачом, что сразу после хирургического вмешательства я буду отпущен домой при наличии сопровождающего, на легковом автотранспорте, что самостоятельно мне нельзя будет управлять автомобилем, что назначенные контрольные явки являются обязательным составляющим лечебного процесса.

Я информирован(а) о том, что в послеоперационном периоде возможны: воспалительный процесс в области послеоперационной раны, температурная реакция организма, нагноение послеоперационных ран, ректальные кровотечения, боли в области операции различной интенсивности, длительное заживление, обусловленные индивидуальной реакцией организма. Я принимаю на себя обязанность о всех вышеперечисленных вариантах течения своевременно (при необходимости, по телефону) сообщать лечащему врачу и действовать согласно его рекомендациям.

Я предупрежден(а) о возможной необходимости в послеоперационном периоде приема антибактериальных, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, препаратов для регуляции

стула, соблюдении рекомендованной диеты, режима жизни, ограничении физических нагрузок, исключения подъема тяжестей, перевязках и наблюдении врача колопроктолога.

Я информирован(а) о том, что иногда хирургическое вмешательство влечет за собой образование более или менее выраженного послеоперационного рубца, который зависит от стадии воспалительного процесса и локализации патологии на момент обращения к колопроктологу, индивидуальной реакции организма, выполнения пациентом рекомендаций лечащего врача в послеоперационном периоде.

Добровольно принимаю на себя обязанность строго следовать предписаниям лечащего врача, своевременно предоставлять лечащему врачу полную информацию о ходе п/о периода и вариантах его течения, осуществлять повторные явки по назначению лечащего врача, соблюдать этику поведения, находясь в ОКДЦ, понимая, что это способствует эффективности лечения.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение проктологического обследования**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **проктологического обследования** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель данного обследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний, определения тактики лечения и дальнейшего прогноза. Мне разъяснена методика проведения проктологического обследования, включающего: врачебный осмотр, пальпацию живота, осмотр области промежности, крестцово-копчиковой зоны, межягодичной складки, пальцевой осмотр прямой кишки через задний проход, при необходимости дополнительно через влагалище, инструментальное обследование анального канала (аноскопия), по показаниям осмотр прямой кишки (ректоскопия).

Мне разъяснено, что инструментальное проктологическое обследование проводится металлическими тубусами(трубками) различной длины и диаметра, оснащенными осветительными устройствами. Мне гарантировано, что весь инструментарий и перчатки врача , используемые при вышеуказанных манипуляциях стерилен, введение проводится с использованием нейтрального геля, при необходимости геля с анестезирующим свойствами. Меня проинформировали, что в ходе исследования осмотр проводится в разных положениях: на спине с вытянутыми ногами, на спине с согнутыми в коленях ногами, коленно-локтевом положении. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство сопряжено с определенным риском для моего здоровья. Я также предупрежден лечащим врачом о характере предстоящих манипуляций, о возможных негативных ощущениях (дискомфорт, болевой синдром различной степени интенсивности в прямой кишке и в нижних отделах живота) и возможных осложнениях (кровотечение из прямой кишки, перфорация толстой кишки).

Мне гарантировано, что при возникновении угрозы осложнений (кровотечение, обострение заболевания) исследование будет прекращено, а также в любом случае по моему требованию.

Я сообщил(а) лечащему врачу все особенности своего организма и сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных средств, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Я обязуюсь после проведения вышеназванных манипуляций соблюдать все рекомендации лечащего врача.

Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка центра лечащий врач вправе отказаться от моего наблюдения и обследования.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение диагностических и лечебных манипуляций, в том числе на оперативное вмешательство врачом-маммологом**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, в том числе на оперативное вмешательство мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Предусмотренный вид и объем оперативного вмешательства: \_\_\_\_\_

Я поставлен(а) в известность, что цель данной операции – получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии. Мне разъяснены основные этапы анестезии, методы проведения оперативного вмешательства, связанном с ними риске, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я понял(а), в чем смысл операции и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу.

Я проинформирован(а) о том, что планируемая операция не связана с устранением непосредственной угрозы жизни, поэтому выполняется в плановом порядке и не относится к разряду оказания экстренной неотложной помощи.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения операции не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме операции, потребуется дополнительное лечение. Я понимаю, что операция проводится на пораженных заболеванием органах моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100% гарантии хороших результатов как операции, так и лечения в целом дано быть не может.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, развитием тромбозов и эмболий, нарушением со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренным причинением вреда здоровью, **непреднамеренным электрохирургическим ожогом**, и даже неблагоприятным исходом.

Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а)

правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Мне было дано разъяснение в понятной для меня форме о виде, цели и ходе протекания хирургического вмешательства, к тому же был объяснен возможный риск, связанный с хирургическим вмешательством и последствия моего отказа от операции.

Также я получил разъяснения по поводу необходимости профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил информацию об особенностях, длительности течения и прогнозе этого осложнения в послеоперационном периоде.

Мне предложен план профилактики, даны полные разъяснения о ее целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе профилактики, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о возможном течении заболевания при отказе от профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, профилактики тромбоэмболии легочной артерии, получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врача.

Мне известно также, что при несоблюдении мною лечебных предписаний лечащий врач вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента.

Мне разъяснено, что лечебное учреждение не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся не по вине врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического вмешательства в амбулаторных условиях**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **хирургического вмешательства** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель данного вмешательства – улучшение качества моего здоровья. Мне разъяснена методика проведения этого вмешательства.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных препаратов.

Я осведомлен, что в хирургическом кабинете производится удаление доброкачественных опухолей мягких тканей, оперативное лечение гнойных процессов мягких тканей, сосудистой патологии и выполнение функциональных биопсий различных локализаций и др.

Я информирован о том, что все манипуляции производятся под местной анестезией, возможны, ранее не выявленные реакции индивидуальной непереносимости анестетика. Результатом хирургического вмешательства всегда является послеоперационная рана, с наложенными на её края швами или без них, с наружным дренированием или без него.

В послеоперационном периоде возможны: возникновение боли в области послеоперационной раны, кровотечения из послеоперационной раны, воспалительный процесс в области послеоперационной раны, длительное заживление, обусловленные особенностями данного патологического процесса, течением процессов регенерации тканей, индивидуальной реакцией организма на вводимый анестетик, используемый шовный материал, антисептические растворы.

Я предупрежден о необходимости приема антибактериальных препаратов, десенсибилизирующих препаратов в послеоперационном периоде в случае назначения их врачом.

Я также предупрежден об обязательных перевязках и наблюдении хирурга, необходимости соблюдения охранительного режима, ограничения физических нагрузок в послеоперационном периоде.

Я информирован о том, что любое хирургическое вмешательство влечет за собой образование более или менее выраженного послеоперационного рубца, эритемы или пигментации, косметический эффект которых зависит от стадии воспалительного процесса на момент обращения к хирургу, размеров доброкачественною образования и его локализации, индивидуальной реакции организма, выполнения пациентом рекомендаций хирурга в послеоперационном периоде.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я  
подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулинотерапии врачом-офтальмологом**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение процедуры ботулинотерапии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что Ботулинический токсин типа А (препарат \_\_\_\_\_) - обратимый блокатор синаптической передачи в холинергических и других синапсах, локальное внутримышечное введение которого приводит к длительному расслаблению инъецированных мышц и уменьшению болевого синдрома. После внутрикожного введения отмечается уменьшение потовыделения в зоне инъекции. Безопасность и эффективность ботулинотерапии подтверждены результатами международных доказательных исследований. Срок эффективного действия проведенной инъекции может составить 3-4 месяца (в некоторых случаях - до 6 мес), после чего возможно (необходимо) проведение повторного курса лечения. Положительный эффект отмечается на 7-14 день (до 21 дня) после инъекции.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 30 дней после проведенных инъекций возможны временные не опасные нежелательные явления: боль в месте инъекции, головная боль, общая слабость, затруднение глотания, микрогематомы, сухость глаза, нечеткость зрения, точечный кератит, дипlopия, эктропион, блефароптоз, ретробульбарное кровоизлияние, кровоизлияние в стекловидное тело, аллергические реакции (отеки, сыпь, гриппоподобные симптомы).

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к ботулинотерапии являются: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата (доказанная аллергия на белки); синдромы патологической мышечной утомляемости (миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы); лечение антибиотиками-аминогликозидами за 1 нед. до и 2 нед. после инъекции; нарушение свертываемости крови; острое заболевание и стадия обострения хронических заболеваний; локальный воспалительный процесс в месте инъекции.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций ботулинического токсина типа А. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я информирована, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение манипуляции в кабинете стоматолога

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение манипуляции в кабинете стоматолога мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель манипуляции – улучшение качества состояния моего здоровья. Мне разъяснена методика проведения манипуляции.

Мне известно, что лечение кариозных полостей разной глубины поражения включает в себя:

1. Осмотр пациента.
2. Инъекционная анестезия.
3. Препарирование кариозной полости.
4. Наложение лечебной прокладки.
  1. Наложение металлической матрицы при восстановлении контактной поверхности зуба, заклинивание промежутка межзубного с помощью деревянного или светопроводящего клина.
  2. Восстановление зуба светоотверждаемыми пломбированными материалами, полимеризация (отверждение) пломбы полимеризационной лампой.
5. Полировка пломбы.

Мне известно, что лечение пульпитов и периодонтитов (**воспаление нерва и корневой части зуба**) включает в себя:

1. Осмотр пациента.
2. Инъекционная анестезия.
3. Раскрытие полости зуба.
4. Наложение лекарственных препаратов на рог пульпы.
5. Наложение временной пломбы.
6. Удаление временной пломбы через 1-2 дня.
  1. Экстирпация пульпы с помощью пульпоэкстрактора при пульпите (удаление нерва).
7. Пломбировка корневых каналов.
  2. Восстановление зуба светоотверждаемыми пломбировочными материалами, полимеризация (отверждение пломбы) полимеризационной лампой.
8. Полировка пломбы.

Я информирован, что при восстановлении зубов, измененных в цвете (депульпированных), возможно расхождение с цветом оригинала, выбранного по шкале расцветок. Я также извещен, что альтернативным методом восстановления зуба служит коронка, изготовленная лабораторным методом у врача протезиста.

Я информирован о типичных осложнениях, связанных с указанными видами лечения. Я также информирован о возможных осложнениях при отказе от лечения. Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворяющие меня ответы.

Я извещен о необходимости соблюдения рекомендаций врача.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение рентгеновской компьютерной томографии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение рентгеновской компьютерной томографии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель проведения рентгеновской компьютерной томографии - получение информации о состоянии моего здоровья. Мне разъяснена методика этого исследования и то, что оно связано с лучевой нагрузкой, которая не превышает предельно допустимых доз ионизирующего излучения. Учёт полученной дозы ведётся в соответствии с Федеральным законодательством.

Я информирован о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результата. Я сознаю, что при моём неправильном поведении врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в расширении исследования в виде контрастного усиления, при котором внутривенно вводится неионный гипоаллергенный контрастный препарат. Мне объяснены возможные последствия этой процедуры, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я поставлен в известность о том, что результаты исследования (протокол и КТ-граммы) мне могут быть выданы на следующий день после проведения исследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение рентгеновской компьютерной томографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение МРТ исследования**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение МРТ исследования мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель проведения магнитно-резонансной томографии - получение информации о состоянии моего здоровья. Мне разъяснена методика этого исследования и то, что оно не причинит вреда моему здоровью.

Я информирован о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результата. Я сознаю, что при моём неправильном поведении врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в расширении исследования в виде выполнения контрастного усиления, при котором внутривенно вводится парамагнитный контрастный препарат.

Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я поставлен в известность о том, что результаты исследования (протокол и МР-томограммы) мне могут быть выданы на следующий день после проведения исследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение магнитно-резонансной томографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического эндоскопического вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на проведение хирургического эндоскопического вмешательства мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что эндоскопическое хирургическое вмешательство является наиболее оптимальным малотравматичным методом лечения, альтернативным традиционному хирургическому вмешательству.

Я подтверждаю, что меня информировали о предстоящем вмешательстве, показаниях к нему и связанном с ним риске.

Эндоскопическое хирургическое вмешательство представляет собой эндоскопическое удаление полипов толстого кишечника (пищевода, желудка, 12-ти перстной кишки).

Мне в доступной форме разъяснены возможные осложнения операции: кровотечение, перфорация, которые возможно могут привести к коррекции их с помощью традиционного хирургического вмешательства.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на следующие вещества \_\_\_\_\_, о сопутствующих заболеваниях, инфицированности различными возбудителями, в том числе ВИЧ, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, кардиостимулятора, металлических протезов. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на врача за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить с врачом мое состояние и предполагаемое мне хирургическое эндоскопическое вмешательство. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Тем самым, я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу провести мне запланированное эндоскопическое вмешательство.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования - колоноскопии**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - колоноскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а).

Я осознаю, что при моей неправильной подготовке врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( компьютерная томограмма, УЗИ брюшной полости).

Мне разъяснено, что проведение колоноскопии связано с риском перфорации стенки кишки, кровотечения, сердечными нарушениями транзиторного характера, вазо-вагальным рефлексом, инвагинации эндоскопа, аллергических реакций.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявленной патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани. Биопсия необходима для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения.

Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю

**СОГЛАСИЕ** на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования - гастроскопии

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - гастроскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован (а).

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( рентгенография пищевода, желудка; УЗИ брюшной полости)

Мне разъяснено, что проведение гастроскопии связано с риском перфорации стенки пищевода, кровотечения, сердечными нарушениями транзиторного характера, вазо-вагальным рефлексом, инвагинации эндоскопа, аллергических реакций.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я информирован (а) о том, что манипуляция будет проведена под местной анестезией с применением спрея «Лидокаин». Мне разъяснено, что в результате проведения местной анестезии могут возникнуть следующие осложнения: аллергические реакции (контактный дерматит, анионевротический отек), повышенное потоотделение, бледность кожных покровов, головная боль, головокружение, нечеткость зрительного восприятия, звон в ушах, снижение артериального давления, брадикардия, аритмия, сонливость озноб, онемение, трепет, беспокойство, возбуждение, судороги, остановка сердца. При этом я информирован(а) о возможности проведения манипуляции без применения местной анестезии.

Я подтверждаю, что сообщил врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, в том числе применяемых при местной анестезии.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявлено патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани. Биопсия необходима для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения.

Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю  
СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования - бронхоскопии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - бронхоскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован (а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а).

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отказать от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( КТ грудной клетки).

Мне разъяснено, что проведение бронхоскопии связано с риском: ларингоспазма, бронхоспазма, нарушения сердечного ритма, кровотечения, пневмоторакса, аллергических реакций, сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности, перфорации стенки бронха.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен (а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявленной патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани, аспирационный забор жидкости. Это необходимо для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения. Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно.

Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента проведение инструментального исследования – бронхоскопии с отказом от биопсии**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - бронхоскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован (а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а).

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отказать от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( КТ грудной клетки).

Мне разъяснено, что проведение бронхоскопии связано с риском: ларингоспазма, бронхоспазма, нарушения сердечного ритма, кровотечения, пневмоторакса, аллергических реакций, сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности, перфорации стенки бронха.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен (а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявленной патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани, аспирационный забор жидкости. Это необходимо для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения. Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза, но тем не менее отказываюсь от забора биопсийного материала.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – гастроскопии с отказом от биопсии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - гастроскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован (а).

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( рентгенография пищевода, желудка; УЗИ брюшной полости)

Мне разъяснено, что проведение гастроскопии связано с риском перфорации стенки пищевода, кровотечения, сердечными нарушениями транзиторного характера, вазо-вагальным рефлексом, инвагинации эндоскопа, аллергических реакций.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я информирован (а) о том, что манипуляция будет проведена под местной анестезией с применением спрея «Лидокаин». Мне разъяснено, что в результате проведения местной анестезии могут возникнуть следующие осложнения: аллергические реакции (контактный дерматит, ангионевротический отек), повышенное потоотделение, бледность кожных покровов, головная боль, головокружение, нечеткость зрительного восприятия, звон в ушах, снижение артериального давления, брадикардия, аритмия, сонливость озноб, онемение, трепет, беспокойство, возбуждение, судороги, остановка сердца. При этом я информирован(а) о возможности проведения манипуляции без применения местной анестезии.

Я подтверждаю, что сообщил врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, в том числе применяемых при местной анестезии.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявлено патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани. Биопсия необходима для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения.

Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза, но тем не менее отказываюсь от забора биопсийного материала.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – колоноскопии с отказом от биопсии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение инструментального исследования - колоноскопии мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован(а).

Я осознаю, что при моей неправильной подготовке врач может отказаться от проведения или продолжения исследования.

До моего сведения доведено, что во время данного исследования может возникнуть потребность в других дополнительных исследованиях о которых мне также известно ( компьютерная томограмма, УЗИ брюшной полости).

Мне разъяснено, что проведение колоноскопии связано с риском перфорации стенки кишки, кровотечения, сердечными нарушениями транзиторного характера, вазо-вагальным рефлексом, инвагинации эндоскопа, аллергических реакций.

Мне объяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Мне известно, что во время проведения исследования, для верификации выявленной патологии выполняется забор материала (биопсия) на гистологическое исследование ткани, цитологическое исследование ткани. Биопсия необходима для правильной интерпретации выявленного заболевания и назначения оптимального курса лечения.

Я осознаю, что отказ от забора биопсийного материала сопряжен со снижением информативности процедуры и невозможностью установления точного диагноза, но тем не менее отказываюсь от забора биопсийного материала.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на оказание неотложной медицинской помощи**

**Я,** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **оказание неотложной медицинской помощи** \_\_\_\_\_ мне,  
(название манипуляции)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель оказания неотложной медицинской помощи – улучшение состояния моего здоровья. Мне разъяснена методика проведения манипуляций.

Я информирован в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляций, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также проинформирован.

Я осознаю, что при моем неправильном поведении врач (медицинская сестра) могут отказаться от проведения или продолжения манипуляции.

До моего сведения доведено, что во время проведения неотложной медицинской помощи может возникнуть потребность в других дополнительных процедурах.

Мне разъяснены лечащим врачом возможные последствия процедуры, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Меня предупредили о том, что для проведения внутримышечных, внутривенных и внутривенно-капельных манипуляций используют одноразовые вакуумные системы, одноразовые шприцы, перчатки, стерильную вату, проводят соответствующую обработку поверхности кожи.

**Я предупрежден(а), что в случае возникновения непредвиденных болевых ощущений, появившихся припухлостей, уплотнений в месте инъекции, я должен обратиться в приемное отделение в день выявления указанных симптомов, либо на следующий день.**

Я сообщил(а) врачу обо всех особенностях своего организма, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных мною ранее.

Также я информирован, что отказ от предложенных манипуляций может привести к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение ультразвукового исследования полового члена и доплерографии сосудов полового члена с фармтестом**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **ультразвукового исследования полового члена и доплерографии сосудов полового члена с фармтестом** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

Я информирован о том, что при выполнении доплерографии сосудов полового члена с фармтестом, для исследования сосудов на фоне фармакологической эрекции, выполняется инъекция в половой член (в кавернозное тело) фармпрепарата. С этой целью внутрикавернозно вводится 1-2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида или каверджект.

При проведении данного исследования возможно осложнение в виде приапизма (пролонгированная фармакологическая эрекция). Устранение пролонгированной фармакологической эрекции входит в число экстренных урологических мероприятий и должно быть проведено в период до 6 часов с начала эрекции. В случае возникновения приапизма пациент должен обратиться к дежурному урологу БСМП или в другое лечебное учреждение, где оказывается срочная урологическая помощь.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Подписывая данный документ, даю согласие на проведение инструментального исследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение эхогистеросальпингоскопии (соногистеросальпингоскопии)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **эхогистеросальпингоскопии (соногистеросальпингоскопии)** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

**Медицинскими работниками** \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

В частности, я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства: Эхогистеросальпингоскопии (Соногистеросальпингоскопии).

Методика применяется для выявления внутриматочной патологии (субмукозная миома матки, полипы, синехии), в ультразвуковой оценке состояния шва и рубца на матке после кесарева сечения, диагностике трубно-перитонеального бесплодия.

Предварительное обследование проводится врачом-гинекологом.

-обязательно провести УЗИ трансвагинальным доступом

-Кровь на ХГЧ у женщин fertильного возраста

-максимум за 10 суток предварительное исследование содержимого влагалища и шейки матки

на микрофлору и степень чистоты (допустимая степень чистоты для проведения исследования - I - II)

-максимум за 2 месяца — сдать анализы на ИППП (желательно ВИЧ, сифилис и гепатиты В, С)

-диагностировать отсутствие онкологических заболеваний половых органов.

Исследование проводится следующим образом:

На приеме у гинеколога женщина располагается в гинекологическом кресле. Шейку матки обнажают в зеркалах, обрабатывают антисептиком, под визуальным контролем в полость матки через цервикальный канал проводится специальный одноразовый катетер. После установки катетера в полость матки зеркала из влагалища удаляются и начинается медленное введение стерильного анэхогенного контраста. При заполнении полости матки анэхогенным контрастом определяется состояние эндометрия, наличие или отсутствие внутриматочной патологии. После оценки состояния полости матки при необходимости проводится приготовление гиперэхогенного контраста и начинается медленное введение последнего. По окончании исследования катетер удаляется.

Оценка полученных результатов проводится врачом. Завершается процедура выдачей протокола.

Возможные осложнения:

1. Неинтенсивные спастические боли :

-при установке катетера в полость матки и раздувании баллона

-боль может быть обусловлена также растяжением матки и маточных труб и попаданием раствора контрастного вещества в брюшную полость

-боль обычно непродолжительная и проходит самостоятельно, ее можно уменьшить медленным введением раствора

-эффективны нестероидные противовоспалительные средства

2. Незначительное кровотечение после исследования

3. Сосудистая вагусная реакция, тошнота

4. Обострение хр. воспалительных процессов придатков и образование гидросальпингсов.

5. Серьезные осложнения наблюдаются редко, связаны в основном с зондированием цервикального канала при его стенозе. Как правило, при данной манипуляции расширение цервикального канала проводится крайне редко. При выявлении окклюзии вопрос решается в пользу гистероскопии.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Подписывая данный документ, даю согласие на проведение инструментального исследования.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, проводимых врачом-урологом**

**Я,**

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **проведение диагностической и/или лечебной манипуляции \_\_\_\_\_** мне,  
(название манипуляции)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован.

В частности, я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства, **урологической службы**:

**1. Взятие мазка из уретры (у мужчины);**

Одноразовым зондом (металлическая ложка) проводится соскоб со слизистой мочеиспускательного канала (наружного отверстия), материала наносят на предметное стекло.

Возможные осложнения при взятии мазка из уретры – рези при мочеиспускании, болевой синдром, уретроррагия.

**2. Массаж предстательной железы; (забор секрета на исследование)**

в колено-локтевом или в ином положении пациента вводят палец в прямую кишку, производится массаж предстательной железы, при механическом давлении выделяется секрет предстательной железы, который наносят га предметное стекло для исследования.

Альтернатива взятия мазка из уретры и диагностического массажа предстательной железы – исследование эякулята (спермограмма).

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю

СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на удаление внутриматочного контрацептива**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на удаление внутриматочного контрацептивамне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результата и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирована.

Данную процедуру осуществляет акушер-гинеколог на гинекологическом кресле при отсутствии воспаления в мазках под местным обезболиваем.

Я информирована о том, чтобы удаление внутриматочного контрацептива прошло без осложнений, требуется учитывать целый ряд показаний. К ним относятся: желание самой пациентки; окончание срока службы ВМК; менопауза; боли и кровотечения; показания УЗИ; воспалительные заболевания; онкологические заболевания. При наличии таких показаний процедура проводится в обязательном порядке.

Я также информирована о противопоказаниях к удалению ВМК, к которым относятся: хронические процессы в половых органах; обострения имеющихся заболеваний; беременность; кровотечения внутри матки; боли; наличие злокачественной опухоли; изменения матки патологического характера.

Существуют и относительные противопоказания. Они зависят от состояния женщины, её здоровья. К ним относятся нарушение свертываемости крови и нестабильность менструального цикла.

До моего сведения доведено, что никакой особой подготовки для проведения данной процедуры не требуется. Главное – соблюдение точного срока для удаления внутриматочного контрацептива. Такая процедура проводится на 4-5 день менструального цикла, но удаление ВМК в другие дни также возможно.

Процедура извлечение ВМК в большинстве случаев проводится без использования обезболивающих. Но все зависит от показаний.

Возможность беременности восстанавливается в течение года. Посещение гинеколога после удаления внутриматочного контрацептива рекомендуется, если боли и кровотечения продолжаются слишком долго, более недели.

Мне предлагается по окончанию процедуры извлечения контрацептива провести УЗИ обследование. Это необходимо для подтверждения того, что внутри матки не осталось инородных тел – усиков и других элементов контрацептива.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на введение внутриматочного контрацептива**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на введение внутриматочного контрацептивамне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результата и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирована.

Данную процедуру осуществляет акушер-гинеколог на гинекологическом кресле при отсутствии воспаления в мазках под местным обезболивающим. Оптимальный вариант обезболивания с учетом противопоказаний к нему – местная анестезия 2%-ым раствором лидокаина.

До моего сведения доведено, что внутриматочный контрацептив (ВМК) воздействует на все звенья зачатия: уничтожает сперматозоиды; снижает подвижность сперматозоидов; уменьшает продолжительность жизни яйцеклетки; препятствует прикреплению оплодотворенной яйцеклетки к эндометрию. Процедура введения осуществляется амбулаторно. Перед этим женщина проходит все необходимые аппаратные, инструментальные и лабораторные исследования на предмет противопоказаний. Мне известно, что за несколько дней до введения ВМК следует отказаться от сексуальных контактов, использования интимных гигиенических средств в виде спреев, кремов, свечей. Время постановки ВМК 2-5 день менструального цикла, но не влияет на эффективность контрацепции.

Я также информирована о том, что в течение первых дней после установки ВМК зачастую отмечается умеренные боли внизу живота и кровянистые мажущиеся выделения, поэтому после процедуры могут быть использованы обезболивающие и спазмолитические препараты. В первые 14 дней исключаются половые контакты, а на протяжении 1 мес. – посещение бани, саун, а также физические нагрузки и занятия спортом, которые могут повлечь смешение, и даже выпадение спирали. В целях контроля над состоянием предлагается посетить гинеколога спустя 1 месяц после

установки, а далее при отсутствии осложнений визиты осуществляются ежегодно. Впрочем, в данном случае должен быть самоконтроль, когда женщина периодически прощупывает нити. Изменение длины этих нитей или их полное исчезновение указывает на смещение спирали и требует немедленного визита к гинекологу.

Противопоказанием для выполнения процедуры являются: беременность, острый воспалительный процесс или обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза, заболевания крови.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Информированное добровольное согласие на проведение капилляроскопии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение капилляроскопии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено проведение капилляроскопии. Мне известно, что данная манипуляция будет производиться, только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен ( а ), что капилляроскопия — это метод наблюдения за состоянием самых мелких сосудов организма — капилляров. Этот метод позволяет определить, есть ли у пациента нарушения так называемого периферического кровообращения, кроме того, если у пациента эти заболевания уже выявлены и проводится их лечение, периодически проводимая капилляроскопия позволяет оценить его эффективность. Исследование проводится с помощью специального прибора — капилляроскопа, который представляет собой микроскоп.

Объектом исследования являются подногтевые валики пальцев кисти или первого пальца стопы. Определяют расположение капилляров, их длину, диаметр просвета, форму. Капилляры — это отдел сосудистой системы организма, в котором происходит отдача в ткани кислорода и удаление из них продуктов обмена, т.е. переход артериальных сосудов в венозные, поэтому все перечисленные характеристики оцениваются как для артериального, так и для венозного отдела капилляров. Соответственно для каждой характеристики капилляров существуют свои критерии нормы и патологии.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение капилляроскопии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Информированное добровольное согласие на проведение полисомнографии**

**Я,**

---

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

---

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на **проведение полисомнографии** мне,

---

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено проведение полисомнографии.

Мне известно, что данная манипуляция будет производиться только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен(а), что полисомнография – это неинвазивный метод длительной регистрации различных физиологических параметров человеческого организма в период ночного сна. На голове пациента (волосистая часть головы, лицо) фиксируются электроды, которые кладут на специальную пасту, и фиксируют их лейкопластырем. Также, на тело пациента устанавливаются различные датчики. Датчик пульсоксиметрии (надевается на указательный палец), датчик регистрации потока воздуха, датчики для записи электрокардиограммы (одно отведение), датчик движения грудной клетки и живота, датчик определения положения тела пациента. По окончании установки регистрирующего аппарата пациенту даются инструкции по ведению образа жизни в ближайшие 12-18 часов, а также дневник самоконтроля. Далее пациент отправляется в палату или домой (в случае проведения исследования вне стационара). Явка утром следующего дня для съема регистрирующей аппаратуры. Прибор безвреден и безопасен для взрослых и детей и не доставляет дискомфорта пациенту. Утром прибор снимается и подключается к компьютеру для расшифровки.

При изменении состояния обследуемого медицинским персоналом оказывается неотложная помощь.

Я прочитал(а) информированное согласие, полностью ориентирован(а) в возможностях исследования и убежден(а) в необходимости его проведения .

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение пульсоксимографии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Информированное добровольное согласие на проведение пульсоксиметрии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение пульсоксиметрии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено проведение пульсоксиметрии.

Мне известно, что данная манипуляция будет производиться, только с моего письменного согласия.

Длительная пульсоксиметрия – неинвазивный мониторинг насыщения крови кислородом в течение ночного сна. На руку пациенту надевается запрограммированный регистратор в виде часов и на указательный палец датчик в виде колпачка. Надевается прибор непосредственно перед сном. Прибор безвреден и безопасен для взрослых и детей и не доставляет дискомфорта пациенту. Утром прибор снимается и подключается к компьютеру для расшифровки.

При изменении состояния обследуемого медицинским персоналом оказывается неотложная помощь.

Я прочитал(а) информированное согласие, полностью ориентирован(а) в возможностях исследования и убежден(а) в необходимости его проведения .

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение пульсоксиметрии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

#### **Информированное добровольное согласие на проведение респираторного мониторинга**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение респираторного мониторинга** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено проведение пульсоксиметрии.

Мне известно, что данная манипуляция будет производиться, только с моего письменного согласия.

Респираторный мониторинг – неинвазивное исследование насыщения крови кислородом, нарушения дыхания и регистрация храпа в течение ночного сна. На руку пациенту надевается запрограммированный регистратор похожий на наручные часы, на указательный палец датчик в виде колпачка и носовая конюля ( для регистрации носового дыхания, представляющая собой одноразовую трубочку). Надевается прибор непосредственно перед сном. Прибор безвреден и безопасен для взрослых и детей и не доставляет дискомфорта пациенту. Утром прибор снимается, возвращается пациентом в отделение и подключается к компьютеру для расшифровки.

При изменении состояния обследуемого медицинским персоналом оказывается неотложная помощь.

Я прочитал(а) информированное согласие, полностью ориентирован(а) в возможностях исследования и убежден(а) в необходимости его проведения .

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение респираторного мониторинга на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Информированное добровольное согласие на проведение урофлюрометрии**

**Я,**  
(Ф.И.О. гражданина)

«      »                 года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на **проведение урофлюрометрии** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«      »                 года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что для определения более точного диагноза, состояния моего здоровья, а также для дальнейшего определения хода лечения, предоставления прогноза мне предложено провести урофлюрометрии.

Меня проинформировали, что данное исследование выполняется только с моего письменного согласия.

Я ознакомлен(а), что урофлюрометрия – неинвазивное скрининговое исследование для обнаружения возможной дисфункции нижних выводящих путей. При ней измеряют параметры потока мочи. Пациент приходит на исследование при среднем наполнении мочевого пузыря, что соответствует нормальному позыву на мочеиспускание умеренной интенсивности (объем мочи 150-500 мл). Мочеиспускание должно быть максимально естественным и свободным, без приложения дополнительных усилий. Мужчинам предлагают мочиться стоя, женщинам – сидя (для чего над прибором устанавливают специальное кресло). После завершения исследования определяют объем остаточной мочи методом ультразвукового сканирования. Также я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии, и, как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я в полном объеме согласен(сна) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на проведение урофлоуметрии на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на проведение стабилографии**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **стабилографии**  
мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этого исследования – получение информации о состоянии моего здоровья, диагностике заболеваний. Мне разъяснена методика проведения этого исследования.

Я информирован(а) в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время исследования, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений о которых я также информирован. Я ознакомлен с теми манипуляциями, которые возможны в результате медицинского вмешательства - **стабилография**.

Метод основан на графической регистрации колебаний общего центра тяжести тела человека, находящегося на специальной платформе в вертикальном положении. Пациент становится стопами на прямоугольную платформу, при необходимости держится за ходунки, подаются различные зрительные стимулы, выведенные на экран перед пациентом, путем перемещения веса на платформе выполняются различные тесты, в зависимости от характера повреждения вестибулярной системы (тесты подбираются индивидуально врачом). Используется для улучшения функции вестибулярного аппарата, нормализации баланса при патологиях центральной и периферической нервной системы.

Вышеперечисленный метод исследования не вызывает осложнений, не имеет альтернативных методов исследования. Во время проведения исследования могут появиться некоторые симптомы, как ответная реакция на раздражение вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, потливость, ощущение страха и прочие вегетативные реакции, усиление нарушения координации).

До моего сведения доведено, что планируемая манипуляция не связана с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в ней не является абсолютной.

Однако, мне разъяснено, что данная манипуляция является эффективным методом диагностики и лечения причин вестибулярных нарушений. Своевременно поставленный диагноз является залогом правильно выбранной тактики лечения, что впоследствии может значительно улучшить качество моей жизни.

Мне разъяснено, что центр не несет ответственности за возможные осложнения, развившиеся в результате непрогнозируемого медицинского исхода.

Я в полном объеме согласен(на) с предложенным мне обследованием, с учетом возможных осложнений. Лечащий врач ответил на все поставленные мои вопросы и я имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я информирован, что в случае моего отказа от предложенного исследования (манипуляции) могут появиться затруднения в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на введение лекарственных средств  
(вагинальных палочек, свечек) во влагалище**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **на введение лекарственных  
средств (вагинальных палочек, свечек) во влагалище**

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этой манипуляции – лечение воспалительного заболевания влагалища, которое осуществляется путем ведения лекарственных средств (вагинальных палочек, свечек) во влагалище. Мне разъяснена методика проведения этой манипуляции.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирована.

Возможные осложнения:

1. Неинтенсивные спастические боли:

- ощущения пощипывания в области гениталий;
- боль может быть обусловлена также растяжением стенок влагалища;
- боль обычно непродолжительная и проходит самостоятельно.

Эффективны спазмолитические средства.

2. Незначительное кровотечение после манипуляции.

3. Сосудистая вагусная реакция, тошнота, рвота.

Серьезные осложнения не наблюдаются.

Я информирована, что отказ от предложенной манипуляции может привести к ухудшению состояния моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

### **Добровольное информированное согласие пациента на выполнение инстилляции влагалища**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **инстилляции влагалища**

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этой манипуляции – лечение воспалительного заболевания влагалища.  
Мне разъяснена методика проведения этой манипуляции.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирована.

Инстилляция влагалища проводится в асептических условиях введением подключичного или урологического катетера во влагалище и промыванием полости влагалища раствором хлоргексидина от патологических выделений.

Возможные осложнения:

1. Неинтенсивные спастические боли:

- при установке катетера и введении раствора во влагалище;
  - боль может быть обусловлена также растяжением стенок влагалища;
  - боль обычно непродолжительная и проходит самостоятельно.
- Эффективны спазмолитические средства.

2. Незначительное кровотечение после манипуляции.

3. Сосудистая вагусная реакция, тошнота, рвота.

Серьезные осложнения не наблюдаются.

Я информирована, что отказ от предложенной манипуляции может привести к ухудшению состояния моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понято. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на выполнение манипуляции по разъединению синехий малых половых губ тупым методом**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на выполнение **на выполнение манипуляции по разъединению синехий малых половых губ тупым методом**

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известно, что цель этой манипуляции – восстановление правильной анатомической формы наружных половых органов, профилактика и лечение заболеваний мочеполовой системы. Мне разъяснена методика выполнения этой манипуляции, которая проводится в асептических условиях после местного обезболивания наружных половых органов путем разъединения синехий малых половых губ тупым методом.

Я информирована в доступной для меня форме о необходимости правильного поведения во время манипуляции, что будет способствовать достижению результатов и поможет избежать возможных осложнений, о которых я также информирована.

Возможные осложнения:

1. Неинтенсивные спастические боли:

- ощущения пощипывания в области гениталий, а также при первом мочеиспускании после манипуляции;
  - боль обычно непродолжительная и проходит самостоятельно.
- Эффективны спазмолитические средства.
2. Незначительное кровотечение после манипуляции.
  3. Сосудистая вагусная реакция, тошнота, рвота.
- Серьезные осложнения не наблюдаются.

Я информирована, что отказ от предложенной манипуляции может привести к ухудшению состояния здоровья моего ребенка.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента хирургического эндоскопического вмешательства на желчевыводящих путях**

**Я,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **хирургического эндоскопического вмешательства на желчевыводящих путях** мне,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что эндоскопическое хирургическое вмешательство является наиболее оптимальным малотравматичным методом лечения, альтернативным традиционному хирургическому вмешательству.

Я подтверждаю, что меня информировали о предстоящем вмешательстве, показаниях к нему и связанном с ним риске.

Эндоскопическое хирургическое вмешательство представляет собой эндоскопическое ретроградное контрастирование холедоха, и при необходимости Вирсунгова протока, с выполнением папиллосфинктеротомии и литотрипсии по выявленным показаниям.

Мне в доступной форме разъяснены возможные осложнения операции: кровотечение, перфорация, обострение панкреатита, панкреонекроз.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на следующие вещества

\_\_\_\_\_, о сопутствующих заболеваниях, инфицированности различными возбудителями, в том числе ВИЧ, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, кардиостимулятора, металлических протезов. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на врача за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить с врачом мое состояние и предполагаемое мне хирургическое эндоскопическое вмешательство. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Тем самым, я добровольно, без какого-нибудь давления даю полномочия врачу провести мне запланированное эндоскопическое вмешательство.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на назначение дополнительной терапии эпилепсии лекарственным препаратом «Перампанел»**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю добровольное информированное согласие на назначение дополнительной противоэпилептической терапии эпилепсии лекарственным препаратом Перампанел (по МНН)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи и возможные последствия в случае отказа от лечения.

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата Перампанел, а также о том, что препарат Перампанел зарегистрирован для применения с 12 лет в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности, т.к. при испытании лекарственного препарата Перампанел дети младше 12 лет не включались.

Противоэпилептическое средство Перампанел показан в составе дополнительной терапии: лечение парциальных приступов у пациентов с эпилепсией в возрасте от 12 лет и старше при наличии или отсутствии вторично-генерализованных приступов и лечения первично генерализованных тонико-клонических приступов у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией в возрасте от 12 лет и старше.

Противоэпилептическое средство Перампанел имеет противопоказания: гиперчувствительность к Перампанелу или любому из вспомогательных веществ препарата, беременность и период лактации, тяжелая почечная или печеночная недостаточность; пациенты, находящиеся на гемодиализе, дети младше 12 лет (данные по эффективности и безопасности отсутствуют), непереносимость галактозы, недостаточность лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: «очень часто»-головокружение, сонливость; «часто» - снижение аппетита, повышение аппетита, агрессия, гнев, беспокойство, спутанность сознания, повышенная раздражительность, диплопия, нечеткость зрения, центральное головокружение, тошнота, боль в спине, нарушение походки, утомляемость, повышение массы тела, падения; «нечасто»-суицидальное мышление, попытка суицида.

За время после регистрации Перампанела накоплен положительный отечественный и зарубежный клинический опыт, позволяющий применение Перампанела у лиц младше 12 лет в качестве дополнительной противоэпилептической терапии у пациентов с тяжелым фармакорезистентным к терапии антиконвульсантами течением эпилепсии, с высокой эффективностью и безопасностью, приводящей к уменьшению частоты и/или тяжести приступов на 50% и более.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на назначение, подбор дозы и мониторинг эффективности дополнительной противоэпилептической терапии Перампанелом. Мониторинг эффективности дополнительной противоэпилептической терапии Перампанелом осуществляется врачом неврологом детским в ГАУ ОКДЦ РО в рамках динамического наблюдения с периодичностью 1 раз в три месяца либо в индивидуальном режиме (по показаниям).

В случае невозможности выполнения требований по динамическому наблюдению у врача-невролога ГАУ ОКДЦ РО законный представитель должен организовать динамическое наблюдение и мониторинг эффективности дополнительной терапии Перампанелом в выбранной медицинской организации.

Я обязуюсь перед назначением дополнительной противоэпилептической терапии Перампанелом, выполнить лабораторные, инструментальные обследования и консультации врача-педиатра и других врачей специалистов, а также через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы.

Я поставлен (а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе дополнительной терапии препаратом Перампанел : регулярный прием \_\_\_\_\_ кратность и время приема \_\_\_\_\_.  
(доза ЛП в мг)

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на внутримышечное введение препарата Неоваскулген**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на внутримышечное введение препарата Неоваскулген

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ»

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи и возможные последствия в случае отказа от лечения.

До моего сведения доведено, что Неоваскулген является стимулятором репарации ткани. Представляет собой лиофилизат белого цвета для приготовления раствора для внутримышечного введения.

Мне разъяснено, что препарат Неоваскулген — это высокоочищенная сверхскрученная форма плазмида Pcmv-vegf-165, кодирующей эндотелиальный фактор роста сосудов; стимулирующий эндотелиальные клетки, играющий центральную роль в процессе ангиогенеза.

До моего сведения доведено, что препарат создан в качестве лечебного средства для снижения частоты ампутации и смертности в популяции пациентов с хронической ишемией конечности, в особенности у пациентов, которым не может быть проведена стандартная реваскуляризация по поводу окклюзивного поражения периферических артерий.

Мне известно, что Неоваскулген предназначен только для внутримышечного введения врачом для реваскуляризации при ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза .

Я информирован(а) о том, что после проведенной процедуры возможны следующие побочные эффекты:

- кратковременная боль и/или отеки в области инъекции, покраснение кожи.
- формирование внутрикожной или подкожной (м/мышечной) гематомы
- развитие аллергической реакции при наличии индивидуальной непереносимости у пациента

Я предупрежден(а), что обо всех побочных эффектах я обязан информировать врача.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью локальных инъекций. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом «Клобазам»**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Даю добровольное информированное согласие **на проведение курса терапии лекарственным препаратом «Клобазам»**

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, рекомендованным в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата Клобазам, а также о том, что данное лекарственное средство не зарегистрировано к использованию на территории РФ.

**Показания:**

эпилепсия (в составе комбинированной терапии), неврозы, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, сопровождающиеся страхом, тревогой, повышенной раздражительностью, нарушениями сна и др.

**Противопоказания:**

дети до 3-х лет, пациенты с гиперчувствительностью к бензодиазепинам и любым вспомогательным веществам препарата,

пациенты находящиеся в состоянии острого отравления алкоголем, снотворными, обезболивающими, нейролептиками, антидепрессантами, солями лития,

пациенты с наркотической или алкогольной зависимостью (повышенный риск развития зависимости), пациенты с миастенией (риск усугубления мышечной слабости),

пациенты с тяжелой дыхательной недостаточностью (риск обострения), пациенты с синдромом апноэ сна (риск обострения),

пациенты со спинальной и мозжечковой атаксией,

пациенты с тяжелой печеночной недостаточностью (риск образования конденсата энцефалопатия),

во время беременности и кормления грудью.

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как:

**Со стороны нервной системы и органов чувств:** сонливость, ощущение усталости, головокружение, атаксия, мышечная слабость, раздражительность, депрессия, спутанность сознания, дезориентация, нарушение памяти и концентрации внимания, замедление психических и двигательных реакций, парадоксальные реакции.

**Со стороны органов ЖКТ:** сухость во рту, тошнота, рвота, диспептические явления.

**Прочие:** трепор пальцев рук, снижение либido, аллергические реакции.

Возможны привыкание, лекарственная зависимость, синдром отмены.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом Клобазам.

Я обязуюсь перед проведением курса терапии, а также через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом Клобазам: принимать указанный препарат, согласно назначению лечащего врача, соблюдать мониторинг эффективности и безопасности терапии Клобазамом, рекомендованным врачом детским неврологом ГАУ РО «ОКДЦ» в рамках динамического наблюдения с периодичностью, установленной по индивидуальным клиническим показаниям. В случае невозможности выполнения требований по динамическому наблюдению у врача-невролога ГАУ РО «ОКДЦ», законный представитель должен организовать динамическое наблюдение и мониторинг эффективности дополнительной терапии Клобазамом в выбранной медицинской организации.

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

---

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

---

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Добровольное информированное согласие пациента на проведение медицинского кинезиотейпирования

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю добровольное информированное согласие на проведение **медицинского кинезиотейпирования** **мне**,

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Мне известно, что медицинское кинезиотейпирование- это безопасный метод лечения болевого синдрома и локальных нарушений лимфооттока.

Я информирован(а) о том, что в срок от 1 до 5 дней после проведенных манипуляций возможны временные неопасные нежелательные явления: аллергические реакции (*сыпь*, раздражение кожи).

Я предупрежден(а), что медицинскими противопоказаниями (ограничениями) к проведению кинезиотейпирования является аллергия на тейп и местный воспалительный процесс на коже в месте предполагаемого наложения тейпа.

Я проинформирован(а) о методе лечения моего заболевания с помощью кинезиотейпирования. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы и согласен(на) на проведение лечения.

Также я информирован(а), что в случае моего отказа от предложенного исследования могут появиться трудности в постановке диагноза, что может привести к назначению неадекватной терапии, и как следствие, к ухудшению состояния моего здоровья.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю

СОГЛАСИЕ на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии  
лекарственным препаратом «Вигабатрин» («Сабрил»)**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

Получил(а) разъяснения о планируемом **проведении курса терапии лекарственным препаратом вигабатрин (сабрил)**

(название лекарственного препарата),

Рекомендованным мне (представляемому) в государственном автономном учреждении Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также последствия отказа от медицинского вмешательства (лечения).

Я информирован(а) о показаниях и противопоказаниях к применению препарата, а также о том, что препарат вигабатрин (сабрил) не зарегистрирован на территории РФ.

Препарат вигабатрин (Сабрил) показан для лечения эпилепсия (при недостаточной эффективности др. противоэпилептических препаратов), строго рекомендован пациентам с синдромом Веста при отсутствии эффекта от гормональной терапии в течение двух недель, при отсутствии возможности гормональной терапии, а также пациентам с туберозным склерозом (клинические рекомендации «Эпилепсия:синдром Веста (эпилептические спазмы) Российской лиги по борьбе с эпилепсией»).

Противопоказания: **гиперчувствительность, беременность, лактация (на период лечения следует приостановить грудное вскармливание).**

Я также информирован(а) о механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах указанного препарата, таких как: со стороны нервной системы: возбуждение, беспокойство, раздражительность, депрессия, агрессивность, расстройства психики, учащение эпилептических приступов; редко — парестезии, нарушение концентрации внимания, утомляемость, трепет, эпилептический статус; со стороны органов зрения: нистагм, дефекты полей зрения; редко — периферическая атрофия сетчатки глаза, атрофия зрительного нерва.

С учетом всех имеющихся данных, я даю согласие на проведение курса терапии препаратом вигабатрин (сабрил), а также через определенный врачом промежуток времени, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, побочных действий, представлять по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я поставлен(а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии препаратом вигабатрином (сабрилом): регулярный прием 2 раза в сутки

Я извещен(а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии вышеуказанным препаратом и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение лабораторных исследований показателей измененной реактивности**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

(Ф.И.О. лица, законным представителем которого я являюсь)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

Даю согласие на **проведение лабораторных исследований показателей измененной реактивности** в ГАУ РО «ОКДЦ».

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цель, метод оказания данного исследования.

Я предупрежден, что при проведении лабораторных исследований на выявление показателей измененной реактивности, отсутствие выявления сенсибилизации к препаратам/материалам в teste активации базофилов, снижает вероятность, но полностью не исключает аллергическую/псевдоаллергическую реакцию при их использовании, поскольку не выявляет реакции, развивающиеся по клеточному типу, а определяет маркеры активации на уровне одной клетки.

Мне понятно, что результаты лабораторного исследования не являются диагнозом. Окончательный диагноз формируется лечащим врачом в совокупности с результатами клинических и диагностических данных.

Я предупрежден, что принесенные мной препараты/материалы будут утилизированы в случае, если я их не заберу в течение 3-х рабочих дней.

Дата передачи препаратов/материалов в лабораторию \_\_\_\_\_.

Дата сдачи крови \_\_\_\_\_.

Препараты/материалы заберу в течение \_\_\_\_\_ рабочих дней \_\_\_\_\_.

Подпись.

Не буду забирать препараты/материалы \_\_\_\_\_ Подпись.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся данного лабораторного исследования.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти, даю свое согласие на проведение исследований показателей измененной реактивности.

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата \_\_\_\_\_

## Оглавление

Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом эналаприл.....	1
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом эзомепразол .....	3
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом суматриптан.....	5
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом эрготамина тартрат+кофеин+димегидринат (Синкаптон ).....	6
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом этинилэстрадиол+левоноргестрел (Ригевидон) .....	7
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом рабепразол .....	9
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом проранолол (Анаприлипин) .....	11
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом сультиам (Осполот) .....	12
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом омепразол.....	14
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом домперидон.....	16
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом Мемантин .....	18
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом.....	19
леветирацетам.....	19
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом ламотриджин .....	21
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом лакосамид (Вимпат) .....	22
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом каптоприл .....	23
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом дидрогестерон (Дюфастон).....	25
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом метилпреднизолон, преднизолон, дексаметазон .....	26
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом вигабатрин (Сабрил) .....	27
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом алгелдрат + магния гидроксид.....	28
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом алгелдрат+бензокайн+магния гидроксид.....	30
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом каннабидиол (CBD) (Эпидолекс).....	32
Добровольное информированное согласие пациента на чрезкожную склеротерапию этанолом под УЗИ-контролем (ЧСТЭ).....	33
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение чрескожной лазерной коагуляции поверхностных вен.....	35
даю информированное добровольное согласие на выполнение чрескожной лазерной коагуляции поверхностных вен.....	35

Добровольное информированное согласие пациента на выполнение вульвовагинальной восстановительной лазеротерапии .....	37
Информированное добровольное согласие на операцию – продольная резекция желудка .....	40
Добровольное информированное согласие пациента на подкожное введение лекарственного препарата .....	43
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лумбальной пункции .....	44
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом фолиевая кислота .....	46
Добровольное информированное согласие пациента на проведение экстракорпоральных методов лечения.....	47
Добровольное информированное согласие пациента на проведение операции гастрошунтирования ..	49
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее.....	52
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию (Гам-КОВИД-Вак) .....	53
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию (ЭПИВАККОРОНА).....	55
Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства .....	56
Добровольное информированное согласие пациента на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию	57
Добровольное информированное согласие пациента на пребывание в дневном стационаре.....	58
Добровольное информированное согласие пациента на внутрисуставное введение препарата Синвиск/Synvisc .....	60
Информированное добровольное согласие на госпитализацию в стационарное отделение .....	61
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов.....	63
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство с предоставлением расходных материалов, в т.ч. переливание крови и ее компонентов .....	65
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство .....	67
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство с предоставлением расходных материалов .....	69
Добровольное информированное согласие пациента на проведение видеомониторинга ЭЭГ .....	70
Добровольное информированное согласие пациента на проведение спирографии (функции внешнего дыхания) с медикаментозными пробами (с Сальбутамолом или Беротеком) .....	73
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение велоэргометрии (тредмил-теста)	74
Добровольное информированное согласие пациента на проведение игольчатой электромиографии ...	75
Добровольное информированное согласие пациента на проведение стимуляционной электронейромиографии .....	76
Добровольное информированное согласие пациента на проведение исследования вызванных потенциалов мозга.....	77
Добровольное информированное согласие пациента на проведение мануальной терапии .....	78
Добровольное информированное согласие пациента на проведение рефлексотерапии .....	79
Добровольное информированное согласие пациента на проведение физиотерапевтического лечения	80
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ГАРДАСИЛ против вируса папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов) .....	81
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ПНЕВМО 23) .....	82
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ЦЕРВАРИКС против вируса папилломы человека 16 и 18 типов ) .....	83
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(ЭНДЖЕРИКС от гепатита «В» ) .....	84
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Пневмовакс 23 – профилактика заболеваний, вызванных пневмококком (пневмония, бронхит, хронические рецидивирующие заболевания ЛОР-органов).....	85
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Приорикс – профилактика кори, краснухи и эпидемии паротита).....	86
Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию(Регевак – профилактика вирусного гепатита В ).....	87

Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию .....	88
Добровольное информированное согласие пациента на аллергологическое тестирование и проведение специфической иммунотерапии .....	89
Добровольное информированное согласие пациента чреспокожной диагностической пункции щитовидной железы (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата).....	90
Добровольное информированное согласие пациента на проведение чреспокожной диагностической пункции мягких тканей (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата).....	91
Добровольное информированное согласие пациента на проведение чреспокожной диагностической пункции молочной железы (тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового аппарата).....	92
Добровольное информированное согласие пациента на проведение ректороманоскопии.....	93
Добровольное информированное согласие пациента на проведение суточного мониторирования РН и моторики пищевода с исследованием функции импеданса .....	94
Добровольное информированное согласие пациента на проведение суточного мониторирования РН и моторики пищевода.....	95
Добровольное информированное согласие пациента на проведение дыхательного теста на определение H. Pilori .....	96
Добровольное информированное согласие пациента на проведение непрямой эластометрии .....	97
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение стернальной пункции .....	98
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение гистероскопии и раздельного диагностического высабливания цервикального канала и полости матки .....	99
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение расширенной кольпоскопии шейки матки .....	100
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазервапоризации .....	101
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение пайпель биопсии эндометрия ..	102
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение радиоконизаций шейки матки	103
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение электроконизаций шейки матки .....	104
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение прицельной биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища, и/или наружных половых органов .....	105
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение радиоволновой биопсии шейки матки и/или слизистой влагалища.....	106
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение чрезпищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭС). ....	107
Добровольное информированное согласие пациента на эндоларингиальное введение лекарственных препаратов .....	109
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение биопсии слизистой рогоглотки, биопсии новообразования наружного уха.....	110
Добровольное информированное согласие пациента на вскрытие кист небных миндалин .....	111
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазерной коагуляции миндалин, ткани миндалин, гранул задней стенки глотки, боковых валиков глотки, лакунотомии лазерной .....	112
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение электрокоагуляции кровоточащего сосуда перегородки носа.....	113
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение лазерной конхотомии (лазервапоризации слизистой нижних и средних носовых раковин, иссечения (лазервапоризации) синехий полости носа с помощью лазера.....	114
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение промывания околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения .....	115
Добровольное информированное согласие пациента на промывание лакун миндалин .....	116
Добровольное информированное согласие пациента на удаление ушной серы, удаление инородного тела из слухового отверстия, введение лекарственных препаратов в наружный слуховой проход ....	117
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение пункции околоносовых пазух ..	118

Добровольное информированное согласие пациента на выполнение удаления новообразования глотки с использованием электрокоагуляции, или методом лазерной деструкции .....	119
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение ультразвуковой дезинтеграции, высокочастотной электрокоагуляции нижних носовых раковин .....	120
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение фиброриноларингоскопии, видеоларингоскопии, ларингоскопии с использованием стробоскопа .....	121
Добровольное информированное согласие пациента на промывание околоносовых пазух и носа методом вакуумного перемещения с использованием синус-катетера ЯМИК .....	122
Добровольное информированное согласие пациента на проведение блокады.....	123
Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулинетерапии предоставленным препаратом .....	124
Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулинетерапии ....	125
Добровольное информированное согласие пациента на проведение вестибулометрии (включающей видеонистагмографию, калорическую и вращательную пробы) .....	126
Добровольное информированное согласие пациента на проведение видеонистагмографии .....	128
Добровольное информированное согласие пациента на проведение калорической и вращательной проб.....	129
Добровольное информированное согласие пациента на проведение лечебного маневра при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении .....	130
Информированное добровольное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, проводимых врачом-урологом.....	131
Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического вмешательства врачом-ортопедом .....	132
Добровольное информированное согласие пациента на проведение манипуляции – взятие мазка (посева) из обоих глаз .....	133
Добровольное информированное согласие пациента на проведение флуоресцентной ангиографии ..	134
Добровольное информированное согласие пациента на проведение лазерной операции .....	135
Добровольное информированное согласие пациента на проведение аутогемотерапии волосистой части головы.....	136
Добровольное информированное согласие пациента на введение лекарственных препаратов в кожу головы.....	137
Добровольное информированное согласие пациента на проведение чрескожной трепанбиопсии органа (или его образования) с диагностической целью под контролем ультразвукового аппарата .....	138
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение хирургического вмешательства врачом-колопроктологом .....	140
Добровольное информированное согласие пациента на проведение проктологического обследования .....	142
Добровольное информированное согласие пациента на проведение диагностических и лечебных манипуляций, в том числе на оперативное вмешательство врачом-маммологом .....	143
Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического вмешательства в амбулаторных условиях .....	145
Добровольное информированное согласие пациента на проведение процедуры ботулинетерапии врачом-офтальмологом .....	146
Добровольное информированное согласие пациента на проведение манипуляции в кабинете стоматолога.....	147
Добровольное информированное согласие пациента на проведение рентгеновской компьютерной томографии .....	148
Добровольное информированное согласие пациента на проведение МРТ исследования .....	149
Добровольное информированное согласие пациента на проведение хирургического эндоскопического вмешательства .....	150
Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования - колоноскопии .....	151
Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования - гастроскопии.....	152

Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – бронхоскопии .....	153
Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – бронхоскопии с отказом от биопсии .....	154
Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – гастроскопии с отказом от биопсии .....	155
Добровольное информированное согласие пациента на проведение инструментального исследования – колоноскопии с отказом от биопсии .....	156
Добровольное информированное согласие пациента на оказание неотложной медицинской помощи .....	157
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение ультразвукового исследования полового члена и доплерографии сосудов полового члена с фармтестом.....	158
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение эхогистеросальпингоскопии (соногистеросальпингоскопии).....	159
Информированное добровольное согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, проводимых врачом-урологом.....	161
Добровольное информированное согласие пациента на удаление внутриматочного контрацептива.	162
Добровольное информированное согласие пациента на введение внутриматочного контрацептива.	163
Информированное добровольное согласие на проведение капилляроскопии.....	164
Информированное добровольное согласие на проведение полисомнографии.....	165
Информированное добровольное согласие на проведение пульсоксиметрии.....	166
Информированное добровольное согласие на проведение респираторного мониторинга.....	167
Информированное добровольное согласие на проведение урофлюрометрии.....	168
Добровольное информированное согласие пациента на проведение стабилографии.....	169
Добровольное информированное согласие пациента на введение лекарственных средств (вагинальных палочек, свечек) во влагалище.....	170
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение инстилляции влагалища .....	171
Добровольное информированное согласие пациента на выполнение манипуляции по разъединению синехий малых половых губ тупым методом .....	172
Добровольное информированное согласие пациента хирургического эндоскопического вмешательства на желчевыводящих путях .....	174
Добровольное информированное согласие пациента на назначение дополнительной терапии эпилепсии лекарственным препаратом «Перампанел» .....	175
Добровольное информированное согласие пациента на внутримышечное введение препарата Неоваскулген .....	177
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом «Клобазам» .....	178
Добровольное информированное согласие пациента на проведение медицинского кинезиотейпирования.....	180
Добровольное информированное согласие пациента на проведение курса терапии лекарственным препаратом «Вигабатрин» («Сабрил») .....	181
Добровольное информированное согласие пациента на проведение лабораторных исследований показателей измененной реактивности .....	182
Оглавление .....	183