

Информированное согласие пациента

Процедура(ы):

- Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта (с возможным проведением биопсии, полиэктомии, склерозирующей терапии, прижигания или дилатации) - это исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью гибкого эндоскопа, который вводится через рот. Может потребоваться введение через данный прибор зажимов или захватов для удаления или прижигания тканей, полипов или образований. Прижигание может применяться для остановки кровотечения в местах кровоточащих точек. Возможно локальное применение лекарственных препаратов для остановки кровотечения или сужения сосудов с патологией. В случае надобности для расширения узких областей возможно введение бужей. Лекарственные препараты могут вводиться в вену для успокоения, расслабления желудка и кишечника.
- Колоноскопия (с возможным проведением биопсии, полипэктомии, прижигания или дилатации) - это исследование всей толстой кишки с помощью гибкого эндоскопа, который вводится через прямую кишку в толстую кишку. Может потребоваться введение через данный прибор зажимов или захватов для удаления или прижигания тканей, полипов или образований. Прижигание может применяться для остановки кровотечения в местах кровоточащих точек. Лекарственные препараты могут вводиться локально. В случае надобности для расширения узких областей возможно введение бужей.

Проводить все вышеуказанные процедуры(-у) будет д-р _____.

Риски процедуры (процедур) могут включать в том числе: легкую боль в горле и вздутие живота являются типичными побочными явлениями. В редких случаях возможны перфорация, повреждение прилегающих органов или тканей и/или кровотечение, требующие оперативного вмешательства или переливания крови с сопутствующими рисками, присущими такому вмешательству или заболеваниям, передающимся через кровь. Местное инфицирование раны возможно, но маловероятно. Возможны аллергические или иные побочные реакции на лекарственные препараты. Как и при любой другой медицинской процедуре, существует небольшой риск осложнений на сердце (таких как нарушение сердечного ритма, стенокардия или даже остановка сердца) или легких (таких как аспирационная пневмония), однако подобное наблюдается в основном у пациентов, страдающих от сопутствующих болезней сердца и легких. В случае внутривенного введения лекарственных препаратов существует риск воспаления вен, тошноты, а также небольшой риск осложнений на сердце и легких. Существует небольшой риск упустить из виду имеющуюся проблему. Альтернативные процедуры или методы лечения могут включать в том числе: хирургическое вмешательство и лучевую диагностику.

Мне объяснили процедуру(-ы), риски и альтернативы, перечисленные выше. Меня проинструктировали о рисках, преимуществах и побочных эффектах альтернатив, включая возможные последствия отказа от ухода, лечения и услуг. У меня была возможность задать вопросы, и на все мои вопросы о процедуре(-ах), рисках и альтернативах мной получены удовлетворительные ответы. Меня проинструктировали о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть во время моего выздоровления, а также о вероятности достижения целей. Я понимаю, что в ходе процедуры (процедур) непредвиденные обстоятельства могут потребовать дополнительных или иных процедур, чем те, которые перечислены выше или обсуждались со мной. Я даю свое согласие врачу/сертифицированному поставщику услуг и другим практикующим врачам на проведение других процедур, которые, по их мнению, являются необходимыми и целесообразными. Я подтверждаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий в отношении результата или лечения. Я СОГЛАШАЮСЬ НА ПРОВЕДЕНИЕ ВЫШЕУКАЗАННОЙ(-ЫХ) ПРОЦЕДУРЫ (ПРОЦЕДУР)

(Подпись пациента*)

(Дата и время)

(Подпись уполномоченного лица, выражающего согласие)

(Дата и время)

(Степень родства с пациентом)

(ФИО печатными буквами)

(Подпись лица, заверяющего согласие) [Требуется только в случая согласия по телефону(ФИО печатными буквами)]

МНОЙ ОБЪЯСНЕНА ДETAЛИ ОПИСАННОЙ ВЫШЕ ПРОЦЕДУРЫ(ПРОЦЕДУР) ПАЦИЕНТУ ИЛИ УПОЛНОМОЧННОМУ ЛИЦУ, ВЫРАЖАЮЩЕМУ СОГЛАСИЕ

(Подпись врача/сертифицированного поставщика медицинских услуг)

(Дата и время)

Подтверждение информированного согласия на анестезию

Пациенту и/или родителю, опекуну, уполномоченному лицу: эта форма предназначена для подтверждения обсуждения и согласия на применение предлагаемой анестезии для хирургической, медицинской или терапевтической процедуры.

Врач-анестезиолог проведет анестезию в соответствии с моим состоянием и будет контролировать жизненно важные функции организма во время процедуры (процедур). Я понимаю, что анестезия сопряжена с другими рисками помимо самой процедуры. Эти риски могут включать, кроме прочего: побочные реакции на лекарственные препараты, повреждение головного мозга, повреждение нервов или смерть. Дополнительно: повреждение зубов или стоматологической работы, голосовых связок, респираторные проблемы, незначительная боль и дискомфорт, могут возникнуть повреждения артерий и вен или головные боли. Я ознакомлен(-а) с тем, что при проведении анестезии могут возникнуть другие неожиданные осложнения. Все вышеперечисленное было объяснено понятным мне образом, и на мои вопросы были даны ответы.

Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации об истории болезни, проблемах, лекарствах, приеме пищи и жидкости.

Я понимаю, что ответственный взрослый должен сопровождать каждого пациента домой после выписки из палаты восстановления. Я понимаю, что игнорирование таких советов может подвергнуть человека риску, если не будет сообщено о случае возникновения проблем.

Я добровольно разрешаю и даю согласие на проведение анестезии.

Дата _____ Время _____ Подпись _____