



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на проведение диагностической эзофагогастродуоденоскопии

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах
пациента действует его представитель*

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован(а) врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____.

В связи с этим мне рекомендовано проведение эндоскопического исследования – эзофагогастродуоденоскопии, как наиболее информативного метода исследования.

Врачом мне разъяснено:

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) – метод визуальной внутрипросветной диагностики, позволяющий оценить состояние пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и выявить заболевания этих органов, проводится в соответствии со стандартами, методологией и правилами оказания данной услуги. Исследование выполняется при помощи гибкого эндоскопа, который не препятствует дыханию и не вызывает боли. С целью уточнения диагноза, во время ЭГДС, могут применяться дополнительные методы исследования: биопсия (взятие материала на морфологическое исследование) и др. Средняя продолжительность исследования составляет 15 мин.

Возможные осложнения: Предстоящее эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,1%), несет в себе риск возникновения следующих осложнений: повреждение зубов, перфорация полого органа, кровотечение, затруднение дыхания, аллергические реакции и др.

После окончания исследования: в течение 30 минут после процедуры не есть и не пить; если выполнялась биопсия, то рекомендуется употреблять охлажденную пищу и напитки в течение суток. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами в течение 1 часа. При проявлении признаков ухудшения самочувствия после исследования необходимо проинформировать врача.

Альтернативные методы исследования: ЭГДС является одним из самых достоверных методов исследования, однако в силу объективных причин, ее выполнение в полном объеме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Альтернативой ЭГДС являются рентгеноскопия желудка, видеокапсульная эндоскопия. Они позволяют диагностировать некоторые заболевания, но не дают возможности установить точный диагноз.

Я поставил в известность врача обо всех моих проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств. Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры, недостаточно качественная подготовка к исследованию может стать объективной причиной отказа врача от его проведения. Также мне разъяснены характер, тяжесть, способы устранения и последствия возможных осложнений эндоскопического исследования.

Я признаю право врача прервать исследование в случаях: если в ходе его проведения будет выявлена невозможность его продолжения по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для моего здоровья; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись)