

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ГАСТРОСКОПИИ**

Я _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Для лиц не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

паспорт _____ выдан _____
_____, являюсь законным представителем (мать,
отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного
недееспособным _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в ООО «Поликлиника консультативно-
диагностическая им. Е.М. Нигинского» добровольно даю свое согласие на
проведении мне (представляемому) гастроскопии:

_____ (название медицинского вмешательства)

и прошу медицинский персонал о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) с характером предстоящей мне
(представляемому) эндоскопического обследования. Мне разъяснены, и я понимаю
особенности и ход предстоящего обследования.

- Я предупрежден(-а) о факторах риска и понимаю, что проведение манипуляции
сопряжено с возможностью инфекционных осложнений, 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. Сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об
употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

- Я проинформирован(-а) о том, что процедура, в том числе с применением
местной анестезии может быть болезненной, что зависит от индивидуального порога
чувствительности.

- Я подтверждаю, что в ходе проведения процедуры я доверяю врачу при
непредвиденных обстоятельствах и осложнениях изменить при необходимости объем
медицинского вмешательства, уполномочиваю врача на выполнение дополнительного
медицинского вмешательства в целях диагностики и лечения (биопсия, удаление
новообразований слизистой оболочки, удаление инородного тела, остановка
кровотечения). Я понимаю, что это является дополнительной платной услугой,
ознакомлена с ее стоимостью до проведения медицинского вмешательства и обязуюсь
оплатить ее в день оказания.

- Я ознакомлен(-а) и согласен(-сна) со всеми пунктами настоящего документа,
положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на
_____.

- Я даю согласие на проведение местной анестезии/отказываюсь от проведения местной анестезии (нужное подчеркнуть)

☒

Подпись пациента

☒

Расписался в моем присутствии:

☒

Врач _____

(Должность, И.О. Фамилия)

"__" _____ 202__ года