

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДСКОПИИ С АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ**

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) эндоскопии с анестезиологическим пособием 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 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 вмешательства, врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- 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 _____.

Подпись пациента

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Должность, И.О. Фамилия)

"__" _____ 202__ года

