

Информированное добровольное согласие на фармакологическую диагностику миастении гравис (прозериновая проба)

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)

проживающий /ая по адресу _____

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

Я (ФИО и дата рождения законного представителя), паспорт (серия ,номер): _____ выдан: _____

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)/ проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)в отношении

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Я получил разъяснения о необходимости назначенного диагностического метода;

-Мне разъяснено, что прозериновая проба представляет собой фармакологический тест для диагностики миастении , основанный на введении препарата, облегчающего нервно-мышечное проведение и осуществляется в процедурном кабинете медицинской организации;

Миастения – заболевание относительно редкое, частота выявления от 0,5 до 5 на 100000 населения, связанное с нарушением работы иммунной системы, в результате которого вырабатываются антитела против собственных тканей организма, участвующих в передаче нервных импульсов, что приводит к слабости мышц и повышенной утомляемости;

-Я информирован о методике проведения пробы :

Прозериновый тест – подкожно вводят 1,5-2 мл 0,05%-го раствора прозерина(неостигмина метилсульфат). Через 30-40 мин оценивается мышечная сила пациента. Проводится градуальная оценка пробы:

++++ резко положительная – полное субъективное и объективное исчезновение мышечной слабости, включая результаты механических тестов;

+++ положительная – полное субъективное и объективное исчезновение симптомов мышечной слабости в состоянии покоя и снижение ее до 4 баллов при стандартной физической нагрузке;

++ слабо положительная – неполное устранение мышечной слабости в состоянии покоя и снижение силы до 3 баллов в середине стандартной нагрузки;

+ сомнительная – незначительное увеличение мышечной силы в некоторых группах мышц до 0,5-1 балла в состоянии покоя;

– отрицательная – отсутствие изменений как субъективных, так и объективных;

Первые три градации служат доказательством наличия у пациента специфической миастенической мышечной слабости. По данной пробе 35- 37% больных относят к прозеринустойчивым;

-Мне разъяснено, что противопоказаниями для проведения пробы являются:

- повышенная чувствительность к неостигмина метилсульфату;

судороги; возбужденное состояние пациента;

Относительными противопоказаниями являются и требуют консультации лечащего врача : гемофилия (нарушение свертываемости крови), гиперкинезы, ИБС, брадикардия, аритмии, стенокардия, бронхиальная астма, выраженный атеросклероз, гипертиреоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонит, механическая обструкция ЖКТ и мочевыводящих путей, гиперплазия предстательной железы; острые инфекционные заболевания;

-Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте инъекции;

-Мне разъяснено, что при пробе, как и при любой инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как образование гематомы в месте пунктирования; обморок; в редких случаях инфицирование раны;

А так же реакции со стороны непосредственного применения неостигмина метилсульфата;

*Со стороны пищеварительной системы:*тошнота, рвота, диарея, гиперсаливация, метеоризм, спастическое сокращение и усиление перистальтики;

*Со стороны ЦНС и периферической нервной системы:*головная боль, головокружение, слабость, потеря сознания, сонливость, миоз, нарушения зрения, тремор, спазмы и подергивание скелетных мышц (в т.ч. мышц языка), судороги, дизартрия;

*Со стороны сердечно-сосудистой системы:*аритмии, бради- или тахикардия, АВ-блокада, узловой ритм, неспецифические изменения на ЭКГ, снижение АД, остановка сердца;

*Со стороны дыхательной системы:*одышка, бронхоспазм, угнетение дыхания, усиление секреции бронхиальных желез;

*Аллергические реакции:*возможны кожная сыпь, зуд, гиперемия лица, анафилактические реакции;

Прочие: артралгии, учащение мочеиспускания, повышенное потоотделение;

При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу;

-Я подтверждаю, что поставил в известность лечащего врача о всех проблемах со здоровьем (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатитах С и В);

-Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а так же разъяснены последствия отказа. В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ;

-Я осведомлен что медицинские вмешательства включенные в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями, которые я считаю лично необходимым провести;

-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество),

, согласен(а) на проведение лабораторных обследований.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач-невролог

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.