

**Информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования**

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 »

-До подписания настоящего согласия я проинформирован (а) лечащим врачом о целях и возможных методах медицинской помощи, о вариантах обследования, о необходимости проведения исследования, которое позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения;

-Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование – это метод диагностики с помощью ультразвуковых волн. Эти волны, не воспринимаемые человеческим ухом, могут быть преобразованы в лучи для сканирования тканей тела. Различные ткани по разному проводят ультразвук: некоторые ткани полностью отражают его, в то время как другие рассеивают сигналы, прежде чем они возвращаются к датчику;

По результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций:

- УЗИ органов брюшной полости ; УЗИ органов брюшной полости + почки;
- УЗИ брюшной полости с определением функции (пробный завтрак);
- УЗИ поджелудочной железы;
- УЗИ печени и желчного пузыря; УЗИ печени и желчного пузыря с определением функций;
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря;
- УЗИ органов малого таза(трансабдоминально и/или трансвагинально); УЗИ органов малого таза с доплерографией;
- УЗИ щитовидной железы;
- УЗИ лимфоузлов;
- УЗИ фолликулогенеза;
- УЗИ мягких тканей;
- УЗИ суставов;
- УЗДГ экстракраниальных отделов магистральных артерий головы и шеи с функциональными пробами;
- УЗДГ артерий нижних конечностей; УЗДГ вен нижних конечностей;
- УЗДГ вен верхних конечностей; УЗДГ артерий верхних конечностей;
- УЗДГ сосудов (артерий и вен) верхних конечностей; УЗДГ сосудов (артерий и вен) нижних конечностей
- УЗИ мошонки; УЗИ мошонки с доплерографией;
- УЗИ простаты трансректально (ТРУЗИ);
- УЗИ беременности 2-3 триместра с доплерографией; УЗИ беременности 2-3 триместра;определение пола ; снимок УЗИ;
- УЗИ молочных желез;
- УЗИ слюнных желёз;
- УЗИ глазного яблока ;
- УЗИ сердца ;
- УЗИ плевральных полостей;

-Я понимаю, что УЗИ предполагает только описание органов и их функцию на момент осмотра, является разновидностью функциональной диагностики и не позволяет выставлять диагноз заболевания. На ранних сроках (до десяти недель) внутриматочная беременность диагностируется на 40-50%;

-Я подтверждаю, что информирован о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы;

-Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

-Мне разъяснено, что метод УЗИ не имеет абсолютных противопоказаний, однако относительными противопоказаниями являются:

\*Повреждение кожных покровов либо кожные заболевания в области исследуемого органа, что делает невозможным исследование, из-за отсутствия контакта с датчиком УЗИ аппарата. (псориаз, герпес, раны, ожоги, инфекционные поражения при сифилисе и ВИЧ);

\*При трансректальном способе(через прямую кишку):воспалительные заболевания кишечника в стадии обострения (трещины, геморрой, дизентерия, болезнь Крона и др.),сужение (стриктуры) и непроходимость прямой кишки; непереносимость латекса (медицинской резины);

\*При трансвагинальном способе(через влагалище):аллергия на латекс;наличие девственной плевы; беременность на сроке более 12 недель; инфекции половых органов;

\*При трансуретральном способе (через мочеиспускательный канал): непереносимость лекарственных обезболивающих препаратов и воспалительные заболевания мочеиспускательного канала;

\*Инфекционные заболевания мочеполовой системы у женщин при внутривлагалищном или внутриматочном УЗИ, из-за угрозы распространения инфекции;

\*Ожирение ухудшает визуализацию исследуемого органа и, впоследствии, снижает достоверность заключения;

\*Недержание мочи при исследовании мочевого пузыря (УЗИ исследование, которое проводится при заполнении органа мочой);

-Мне понятно, что серьезные осложнения при данной манипуляции практически не встречаются, но никакая процедура не гарантирует отсутствие риска. При ультразвуковом исследованием (УЗИ) вагинальным датчиком: болезненные ощущения при введении и передвижении датчика, дизурию (дискомфортные ощущение на мочевом пузыре).Аллергические реакции на латекс 0,3–0,7 % общей популяции (от признаков дерматита (покраснение, кожный зуд, жжение) до слезотечения, заложенности носа, затрудненного дыхания, ангионевротических отеков. ) или в единичных случаях гель для УЗИ при индивидуальной непереносимости;

-Последствия УЗИ – тепловое воздействие на ткани тела при длительном воздействии датчиком (более одной минуты);

-Я предупрежден о том, что медицинские процедуры могут быть для меня болезненными, в том числе и из-за особенностей моего организма, моей чувствительности;

-Я подтверждаю, что мне понятна информация о процедуре, предоставленная специалистами медицинской организации о целях, методах исследования. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы;

-Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе.Результат исследования выдается в течение 10-15 минут по завершении исследования;

-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;

-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;

-Я предупрежден (а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания в связи с которым я прохожу обследование. Я извещен (а) о необходимости предоставления результатов предыдущих исследований УЗИ /МРТ;

-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(на) на проведение УЗ-исследования.

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Врач-УЗ диагностики

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.