

Информированное добровольное согласие на проведение функциональных исследований

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 функциональная диагностика – это раздел диагностики, содержанием которого являются объективная оценка, обнаружение отклонений и установление степени нарушений функции различных органов и физиологических систем организма на основе измерения физических, химических или иных объективных показателей их деятельности с помощью инструментальных или лабораторных методов исследования;

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

- Электрокардиография;
- Холтер монитор по артериальному давлению или электрокардиографии;

-Я понимаю, что электрокардиография (ЭКГ)– это регистрация электрической активности сердца. Электрокардиограмма – это графическая запись электрической активности сердца. Запись ЭКГ проводится в положении пациента лежа на спине. На внутреннюю поверхность голени и предплечий в нижней их трети с помощью пластиковых зажимов накладываются 4 электрода, а на грудную клетку устанавливают 6 грудных электродов, используя присоску. Запись ЭКГ осуществляют при спокойном дыхании. Вначале записывают стандартные отведения, затем – усиленные, а затем – грудные. В каждом отведении регистрируют не менее 4 сердечных циклов.;

Холтеровское мониторирование (ХМ) - это суточная непрерывная регистрация ЭКГ или артериального давления на носитель памяти, методом наложения только грудных отведений и/или наложения плечевой манжеты. В последующем данные отправляются в специальную программу для расшифровки результатов;

-Мне разъяснено что для более чёткой записи и наилучшего контакта электрода с поверхностью тела может потребоваться удаление волосяного покрова с области исследования;

-Мне разъяснено что при холтеровском исследовании заданное время (в течение 24 или 48 ч) мне потребуется ношение электронного оборудования, что может быть сопряжено с дискомфортом в повседневной жизни, а так же ведение дневника;

-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 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 электродом (псориаз, герпес, раны, ожоги, инфекционные поражения при сифилисе и ВИЧ);

*При Холтер- исследовании : нарушение сознания и продуктивного контакта с пациентом, а так же пациенты с ограниченными возможностями без соответствующего наблюдения. Детский возраст до 8 лет;

-Мне понятно, что серьезные осложнения при данной манипуляции практически не встречаются, но никакая процедура не гарантирует отсутствие риска;

.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.), реакций местного раздражения на материал грудных электродов для холтер-исследования или в единичных случаях аллергические реакции на электропроводящую жидкость для ЭКГ при индивидуальной непереносимости;

-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 24 ч. 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 исследования.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Медицинский работник

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.