

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на проведение ультразвуковое исследование

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя

_____ дата рождения гражданина или законного представителя, зарегистрированный по адресу: _____

адрес регистрации гражданина либо законного представителя

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)

_____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем),
проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «ЭКОМЕД»

Я добровольно даю согласие на проведение ультразвукового исследования (УЗИ).

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;
- УЗИ органов малого таза с доплерографией;
- УЗИ щитовидной железы;
- УЗИ лимфоузлов
- УЗИ фолликулогенеза;
- УЗИ мягких тканей;
- УЗИ коленных суставов;
- УЗИ глазного яблока и орбиты
- 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;
- УЗИ молочных желез;
- снимок УЗИ;
- определение пола.

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 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).

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 понимаю, что в процессе оказания исследования возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право специалистов медицинской организации выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но сохранит мою жизнь и здоровье.

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.

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)

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

Пациент (его законный представитель) _____

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач ультразвуковой диагностики _____

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ Г.