

Информированное добровольное согласие пациента на проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 года №323.

Мне (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

Разъяснены наличие показаний к проведению ЭГДС.

Настоящим я доверяю квалифицированному врачу – эндоскописту КЦРБ Устьянцевой Т. М. выполнить эндоскопическое вмешательство (ЭГДС).

При необходимости разрешаю проведение биопсии и цитологии.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения мне известны.

Мне было сообщено, что эндоскоп достаточно гибкий и процедура переносится в основном хорошо, без осложнений. Сам эндоскоп и инструменты тщательно после каждого пациента обрабатываются, утвержденным санитарными правилами способом, практически исключая возможность заражения пациента во время исследования.

Однако при проведении процедуры ЭГДС могут развиваться: аллергическая реакция на местный анестетик, позыв на рвоту, рефлекторный кашель, повышение артериального давления и связанные с этим осложнения; кратковременная боль в горле или животе, контаминация гемотрансмиссивными возбудителями. После проведения ЭГДС могут быть неприятные ощущения в горле в течение 2 дней, исключительно редко могут развиваться перфорация органа, кровотечение.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, связанные с исследованием, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим здоровьем, психическим и физическим состоянием информацию.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных. Я доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.

Подпись врача: _____ Устьянцева Т. М.

Дата: _____

Подпись пациента (законного представителя): _____