



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

г. Москва

« ____ » _____ 20 __ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, согласно Приказа Минздрава РФ от 20.10.2020г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология", проинформирована врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____,

и получила информацию об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания. утвержденных Приказом Минздрава РФ от 20.10.2020г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология"

Я согласна (не согласна) (*нужное подчеркнуть*) с проведением мне обследования, лечения, выполнением всех манипуляций в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи, мне даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я согласна на проведение мне (представляемому) медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые необходимо давать информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи (согласно медицинским показаниям) _____.

При осмотре врача-гинеколога могут быть применены следующие манипуляции:

Бимануальное исследование – гинеколог прощупывает стенки влагалища, его своды, шейку матки, саму матку и яичники, при этом одна рука располагается на животе, палец второй руки вводится во влагалище (девственницам - в анус).

Осмотр шейки матки в зеркалах – врач использует гинекологическое зеркало для осмотра слизистой оболочки стенок влагалища, шейки матки (вводится во влагалище).

Взятие материала из влагалища, уретры, цервикального канала - врач производит забор отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры стерильным инструментарием для дальнейшего исследования (диагностика признаков воспаления, патогенных микроорганизмов, изменения нормофлоры влагалища, выявление атипичных клеток).

Кольпоскопия – врач проводит осмотр слизистой шейки матки и влагалища с помощью специального оборудования (кольпоскопа), с применением лекарственного препарата (раствор

Люголя, 3% раствор уксусной кислоты), которым смазывается шейка матки.

Ректовагинальное исследование - достоверно уточняет состояние придатков полости матки, осуществляется путем введения указательного пальца во влагалище, а среднего – в прямую кишку (проводится по показаниям в период менопаузы).

Возможные риски и последствия приёма: в ходе гинекологического осмотра могут возникать дискомфорт, усиление болевых ощущений в исследуемой зоне при выполнении бимануального осмотра, осмотра шейки матки в зеркалах в силу анатомических, психологических особенностей пациентки, а также в силу особенностей течения самого заболевания. Процедура забора материала из влагалища, уретры, шейки матки может сопровождаться дискомфортом. После забора цервикального мазка возможно незначительное кратковременное кровотечение. Могут отмечаться аллергические реакции на анестетики, лекарства, контрастное вещество, используемое при кольпоскопии.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Возможные результаты приёма: после первичной консультации: постановка предварительного диагноза, получение рекомендаций по необходимому обследованию, лечению, режиму, половому режиму, гигиеническому режиму, диете, физическим нагрузкам, открытие или продление листка нетрудоспособности. После повторной консультации: постановка окончательного диагноза, оценка динамики состояния здоровья в процессе лечения, определение необходимости дополнительного обследования и коррекции лечения, открытие или продление листка нетрудоспособности, рекомендации по профилактическим мероприятиям. В особо сложных диагностических случаях, по решению лечащего врача, с целью уточнения диагноза, может быть проведен консилиум врачей, требующий участия специалистов разного профиля. Подбор оптимального варианта контрацепции. Постановка на учет беременных женщин, физиологическое ведение беременности. Направление на экстренную или плановую госпитализацию, вызов бригады СМП. Получение биоматериала для лабораторного исследования. Выдача справки или заключения по установленной форме.

Врачом мне разъяснено: что мне необходимо соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать медицинскому персоналу отделения (врачу, медицинской сестре) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных мне в отделении лекарственных препаратов (например, принимаемых мною для лечения соматической патологии (гипертонии, язвенной болезни желудка, сахарном диабете и т.п.). Я извещена, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов и бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я извещена о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами.

Я поставила в известность врача обо всех моих проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.

Также я предупреждена о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

Я имела возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства
_____ (подпись)