

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:
разъединение синехий**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения

1. Я _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач (ФИО, должность)

Клиника вправе заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена в доступной для меня форме полная и достоверная информация о моем (представляемого) состоянии здоровья. **Мне сообщена врачом информация о диагнозе:**

2.1. Мне известно, что в имеющейся клинической ситуации показано и рекомендовано врачом **проведение медицинского вмешательства - разъединение синехий** и согласен (на) на проведение данного медицинского вмешательства.

2.2. Мне известно об альтернативных методах лечения: непроведение медицинского вмешательства или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие осложнений как основного, так и сопутствующих заболеваний, обострений хронических, системных заболеваний.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения: врач с помощью стерильных инструментов разъединяет сросшиеся половые губы под местной анестезией, после чего на вульву наносится лекарственное средство.

4. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и сложность биологического организма человека, я согласен (-на), что ожидаемый результат, а также его продолжительность может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне как к представителю пациента. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений с моей стороны от предписаний врача. Я предупрежден(-а), что клиника не дает гарантийных обязательств в случае возникновения рецидива, т.к. это связано лишь с индивидуальными особенностями моего/лица, интересы которого я представляю организму, которые не возможно предугадать либо предвидеть. В случае возникновения осложнения (в том числе рецидива) я знаю о необходимости повторного обращения к лечащему врачу.

5. **Я поставлен(а) в известность о возможных осложнениях:** незначительное кровотечение, боль при мочеиспускании в 1-ый день, повторное сращение половых губ.

6. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений.

7. Настоящим я доверяю врачу я изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

8. Настоящим я подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/ Пациента здоровьем, о наличии у сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перечисленных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях несовершеннолетнего пациента, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, о проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств. Я предупрежден (-а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат медицинского вмешательства, могут возникнуть тяжкие последствия и/или наступить иное повреждение моего/ Пациента здоровья. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня.

9. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным лечением согласен(на). Рекомендации, необходимые к соблюдению после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и понятны. Я уведомлен (-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

10. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке.

11. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

12. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	Должность, ФИО, подпись врача

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства -
местную анестезию.**

Настоящим я соглашаюсь на проведение мне/ ребенку _____
(Ф.И.О. пациента, год рождения)

указанного в данном документе вида медицинского вмешательства с применением местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я согласен(на), что анестезия будет проводиться с применением лекарственного препарата:

Наименование лекарственного препарата, концентрация	Количество

Мне даны разъяснения лечащим врачом о: механизме действия лекарственного препарата, о его побочных эффектах, возможных осложнениях, о противопоказаниях для применения данного препарата.

Мне разъяснено, что при применении анестезии возможны осложнения и нежелательные реакции: аллергические реакции организма на применяемые препараты; анафилактический шок; обморок; коллапс; шок; учащенное сердцебиение; остановка дыхания; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями; пост инъекционная гематома.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обезболивание может быть затруднено (может быть не достигнуто) при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; после употребления алкогольных или наркотических препаратов; после применения анальгезирующих препаратов.

Я проинформирован(а) о противопоказаниях к применению данного препарата: наличие в анамнезе аллергических реакций на анестетики; беременность, период лактации.

Мне известно, что альтернативным вариантом является неприменение местной анестезии.

Настоящим подтверждаю, что я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моим/ представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого) сопутствующих и перенесенных заболеваний. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я поставлен в известность о препаратах той же фармакологической группы и сходных лекарственных препаратах.

С применением лекарственного препарата согласен(на). Отсутствие противопоказаний для его применения подтверждаю. Аллергию на данный препарат, препараты той же фармакологической группы и сходные лекарственные препараты отрицаю. Индивидуальные реакции на данный препарат, препараты той же фармакологической группы и сходные лекарственные препараты отрицаю. Я сообщил врачу полную и достоверную информацию о принимаемых мной (представляемым) в настоящее время лекарственных препаратах.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	Должность, ФИО, подпись врача