Российская Федерация Краснодарский край

Общество с ограниченной ответственностью «МедСоюз»

Россия, 353910, г.Новороссийск, ул. Куникова, 28 «А»

ИНН 2315982361/КПП 231501001

р\сч 40702810600970009150 в ПАО «ЮГ-Инвестбанк»

к\сч 30101810600000000966 БИК 040349966

т. 71-78-34, 63-03-30

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства эхосинусоскопия (УЗИ придаточных пазух носа), ольфактометрия, вестибулометрия

1. Общие положения

Я, _____(ФИО), дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:
Я, _____(ФИО), паспорт: _____,
выдан:_____,
Зарегистрированный/ая по адресу:_____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным_____.
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства:

эхосинусоскопия,
ольфактометрия,
вестибулометрия

Настоящее согласие дано ООО «МедСоюз», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01126-23/00351440

от 30.10.2020 г., по адресу:г.Новороссийск ул.Ленина 49, **Медицинский центр «Гардиа Медика»**.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – _____ (*в случае участия ассистентов, также подлежат указанию*).

2. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству

2.1. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству эхосинусоскопии.

Описание технологии эхосинусоскопии. Эхосинусоскопия, или ультразвуковое исследование придаточных пазух носа (околоносовых синусов) эхосинускопом — быстрый и не причиняющий дискомфорта пациенту метод диагностики воспалений в пазухах.

Показания к процедуре эхосинусоскопии:

- заложенность носа;
- ощущение тяжести в области носа, отечность;
- густые слизистые, гнойные или слизисто-гнойные выделения из носа, чихание;
- боль при нажатии на пазухи;
- головные боли - не только в районе переносицы, лба и глазниц, но и в затылке. Могут проявляться при наклонах, резких движениях головой;
- гнусавость голоса.

Дополнительные симптомы:

- повышенная температура;
- падение зрения;
- утомляемость;
- нарушение режима сна;
- плохой аппетит.

Длительность процедуры: 4-10 минут.

Метод медицинского вмешательства: применение аппарата ультразвуковой диагностики.

Рекомендуемое количество процедур ольфактометрии для достижения максимального результата: достаточно одной процедуры.

Предполагаемый результат проведения процедур: получение диагностических данных о состоянии стенок пазух или носовых ходов, наличие экссудата, а также получение характеристики его природы (гнойные массы, слизь, кровь).

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: аналогичные не предусмотрены.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства эхосинусоскопия** являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны**.**

Процедура переносится на более поздний срок, если кожа в зоне обследования повреждена или сильно воспалена. Процедура не проводится, если наблюдаются тяжелое физическое или психическое состояние пациента, имеются диагностированные инфекционные заболевания, повышенная температура, состояние опьянения.

Полный перечень противопоказаний зависит от выбранной врачом методики проведения вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

2.2. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству ольфактометрии.

Описание технологии ольфактометрии: это метод исследования остроты обоняния. Метод измерения запаха по степени его воздействия на человека, при этом в качестве детектора запаха служит человеческий нос.

Показания к процедуре ольфактометрия - подозрения на наличие отклонений: подозрение на нарушения обоняния, а также оценка профессиональной пригодности.

Методы медицинской процедуры ольфактометрии:

1. Субъективный метод основан на субъективной оценке пациента различных пахучих соединений. Пациенту дают подышать через трубочку ольфактометра со специальной пробой пахучего вещества (одоранта). Одоранты различаются по интенсивности: слабой (розовое масло, пчелиный воск, молотый кофе); средней (лимонное масло, ванилин, молотая корица, настойка валерианы, гвоздика, табак); сильной (раствор уксусной кислоты, этиловый спирт, ментол, камфорное масло); раздражающие вещества (нашатырный спирт, формальдегид, ацетон)

Пациент вдыхает пробу с пахучим веществом слабой интенсивности и отвечает на вопрос: чувствует ли он запах? При отрицательном ответе пациенту подаётся следующая проба с более сильным запахом. Затем врач анализирует полученные результаты и определяет степень нарушения обонятельной функции.

2. Объективный метод. Для проведения объективной ольфактометрии не требуется активного участия пациента. Реакцию на одоранты регистрируют электродами, подключенными к голове.

Рекомендуемое количество процедур ольфактометрии для достижения максимального результата. В зависимости от уровня восприятия можно судить о степени нарушения обоняния:

- Гипосмия 1 степени (нарушение восприятия слабых запахов).
- Гипосмия 2 степени (отсутствие восприятия слабых запахов и средней интенсивности).
- Гипосмия 3 степени (отсутствие восприятия слабых запахов и средней интенсивности, снижение восприятия запахов сильной интенсивности, хорошая реакция на раздражающие вещества).
- Аносмия (полное отсутствие восприятия).

Предполагаемый результат проведения процедур: получение диагностических данных об остроте обоняния.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: аналогичные не предусмотрены.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства** ольфактометрии являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:

- людям с сильной дыхательной аллергией и бронхиальной астмой;
- детям до 7 лет;
- беременным женщинам

Полный перечень противопоказаний зависит от выбранной врачом методики проведения вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

2.3. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству вестибулометрии.

Описание технологии вестибулометрии (видеонистагмографии) – современный метод исследования вестибулярного аппарата, основанный на регистрации движения глазных яблок с помощью видеокамер при выполнении ряда тестов.

Пациенту на голову надевается легкая пластиковая маска со встроенными видеокамерами, которые фиксируют движения глаз при проведении тестов и передают данные на компьютер, затем с помощью специальной программы осуществляется обработка полученных параметров. Тесты включают разные виды слежения за мишенью на проекционном экране, определенные повороты головы и туловища, стимуляцию барабанной перепонки с двух сторон поочередно холодным и горячим воздухом, при необходимости – вращение на кресле.

Подготовка к проведению процедуры. Обследование проводится в первой половине дня. Допустим лёгкий завтрак. Если пациента беспокоит тошнота – натощак.

Длительность процедуры. Время проведения процедуры - 45 мин.

Показания к процедуре вестибулометрии: используется для диагностики системных головокружений, связанных с патологией только вестибулярной системы.

Также показаниями к проведению процедуры являются:

- единичный длительный эпизод вращательного головокружения, возможно, с вызовом бригады скорой помощи, доставкой пациента в стационар и последующей госпитализацией;
- повторяющиеся приступы головокружения, возможно сопровождающиеся шумом в ушах или даже снижением слуха;
- кратковременные головокружения, возникающие при перемене положения тела;
- длительное, непроходящее ощущение лёгкого головокружения, неустойчивости, шаткости при ходьбе.

Метод медицинского вмешательства: основан на регистрации движения глазных яблок с помощью ряда тестов с применением пластиковой маски с встроенными видеокамерами. Происходит исследование вестибулярного аппарата.

Рекомендуемое количество процедур ольфактометрии для достижения максимального результата: обычно достаточно одной процедуры.

Предполагаемый результат проведения процедур: получение диагностических данных о состоянии стенок пазух или носовых ходов, наличие экссудата, а также получение характеристики его природы (гнойные массы, слизь, кровь).

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: аналогичные не предусмотрены.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства вестибулометрии являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны.**

Абсолютные противопоказания:

- употребление алкоголя, психотропных или наркотических и седативных средств за 3-е суток до исследования (об этом пациент должен предупредить врача);
- вес более 100 кг;
- тяжёлая патология сердечно-сосудистой системы;
- эпилепсия;
- когнитивные нарушения, препятствующие проведению исследования, когда пациент испытывает затруднения в понимании указаний врача;

- внутричерепная гипертензия;
- острое нарушение мозгового кровообращения

*Относительные противопоказания:*перфорация барабанных перепонок в анамнезе и острый средний отит.

Полный перечень противопоказаний зависит от выбранной врачом методики проведения вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

3. Общие и специализированные риски.

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от индивидуальной реакции организма.

Вероятность серьезных осложнений стремится к нулю. Низкие риски обеспечиваются профессионализмом сотрудников и соблюдением правил асептики и антисептики.

В случае проявление осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

4. Медицинские ограничения и рекомендации.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее.

Специальной реабилитации после проведения процедур не требуется.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

5. Заключительные положения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

_____

(ФИО гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я **разрешаю /не разрешаю** *(нужное подчеркнуть)* врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Вышеуказанный Пациент ООО «_____» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

_____

(должность, ФИО врача)

_____ _____

(подпись Врача) *(дата)*

_____

_____

(подпись пациента/представителя) *(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)*