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 туалет уха при гнойном отите

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: туалет уха при гнойном отите.
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

Описание технологии туалет при гнойном отите. Это лечебная процедура, предназначенная для удаления гноя и патологических выделений из слухового прохода и среднего уха при воспалительном процессе в среднем ухе.

После очищения применяются специальные антисептические растворы, которые помогают уничтожить бактерии, уменьшить воспаление и ускорить процесс заживления.

Этапы процедуры:

1. Пациента просят занять положение лежа на боку.

2. В пипетку набирают раствор перекиси водорода, подогретого до температуры тела пациента, в количестве 1,0 мл и вливают в ухо.
3. Козелок (небольшой хрящевой отросток, расположенный на передней части ушной раковины) прижимают к слуховому проходу – это позволит проникнуть жидкости внутрь.
4. Остатки раствора удаляют салфеткой.

Подготовка к проведению процедуры. Пациенту нужно обязательно предварительно сходить на консультацию и получить направление от лечащего врача на медицинскую процедуру. Перед проведением туалета уха проводится стандартный осмотр оториноларинголога – чаще всего причиной воспаления среднего уха становится инфекция носоглотки и зева (острые респираторные заболевания, фарингиты, синуситы, риниты), проникающая барабанную полость по евстахиевым трубам; при необходимости перед проведением туалета уха проводится рассечение или пункция барабанной перепонки для дренирования среднего уха.

Показания к процедуре: гнойный отит (ее применение позволит снизить риски наступления осложнений, процедура способствует выздоровлению), особенно острое гнойное воспаление среднего или наружного уха.

Отит – воспалительное поражение тканей уха. Причиной заболевания является попадание инфекционных возбудителей в полость уха. Болезнь начинает проявляться ноющими болями в ухе, сопровождающимися повышением температуры тела. Через несколько дней появляются гнойные выделения из ушного прохода.

Основные симптомы:

- боль в ушах пульсирующего или стреляющего типа;
- снижение слуха;
- заложенность уха;
- головная боль;
- бессонница.

Методы медицинской процедуры: используются антисептические средства. В некоторых случаях для освобождения слухового прохода от гнойного содержимого промывание не выполняют, а смачивают в растворе перекиси водорода ватные турунды и тщательно прочищают ухо. Также для контроля за проведением процедуры врач использует лобный рефлектор - прибор с зеркалом для освещения ушной полости.

Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата: врач решает при проведении процедуры и по ее результатам, исходя из индивидуальных особенностей организма пациента.

Предполагаемый результат: санация слухового прохода и среднего уха; предотвращение осложнений и ускорение процесса выздоровления; уменьшение боли и дискомфорта, улучшение слуха.

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 являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** общее тяжелое состояние пациента, иные противопоказания сообщаются пациенту врачом при личном осмотре пациента.

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 приведенным ниже перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от индивидуальной реакции организма.

Если лечение не проводилось или было недостаточным, острый процесс трансформируется в хронический или приводит к осложнениям, снижающим качество жизни пациента, может представлять реальную угрозу для жизни и здоровья.

Как правило, эти симптомы проходят самостоятельно в течение дня. 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.

Настоятельно рекомендуется четко выполнять все рекомендации врача оториноларинголога. Необходимо обязательно продолжать системную антибактериальную терапию и другие лечебные оториноларингологические процедуры: процедура должна проводиться ежедневно до улучшения состояния пациента и облегчения симптомов отита.

В частности, после процедуры по туалету гнойного отита пациенту рекомендуется в течение 3-4 недель соблюдать гигиену уха, обрабатывать его раствором антисептика, принимать назначенные врачом препараты, избегать громких звуков и резких перепадов атмосферного давления, являться к врачу на прием для контроля над процессами заживления.

После процедуры по туалету уха при гнойном отите перфорация или рассечение барабанной перепонки легко затягивается после выздоровления, и не требуется оперативного лечения.

При соблюдении рекомендаций врача полное выздоровление наступает через 10-14 дней после своевременно начатого лечения.

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. пациента/представителя)*