**ДОКТОР ПЛЮС » Общество с ограниченной ответственностью**

**423450 РТ г.Альметьевск, ул. Маяковского, 62/2 ;тел:.44-18-18 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНН: 1644068916; КПП:164401001; Р/сч.:40702810300090000334**

 **в "Тимер Банк" АО; БИК 044525567;к/сч.30101810345250000567**

*Приложение к договору №\_ от " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_202 \_г.*

**Информированное добровольное согласие на проведение**

**Удаления внутриматочной спирали**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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: удаление внутриматочной спирали (далее - ВМС) методом, способом без применения анестезии/ или с применением местной топической (аппликационной) анестезии/ инъекционной инфильтрационной анестезии/ анестезии спреем препаратами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать).

 Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии. Что возможно: снижение давления, потеря сознания, аллергические реакции: крапивница, жжения, зуд, покраснения, отека, вплоть до анафилактического шока и летального исхода. При котором мне будут оказаны лечебные мероприятия с применением антигистаминных, гормональных (дексаметазон, преднезалон), гипо (гипер)тензивных препаратов (адреналина и норадреналина) и при необходимости реанимационных мероприятий.

Настоящее согласие дано ООО «ДОКТОР ПЛЮС», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01181-16/00318859от 06.02.2018г., по адресу:

г. Альметьевск, ул. Маяковского, д. 62/2 (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю Врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что в ходе процедуры Врач удаляет ВМС путем осторожного вытягивания за нити, захваченные щипцами. Если нити не видны, а система находится в полости матки, она может быть удалена с помощью тракционного крючка для извлечения ВМС. При этом может потребоваться расширение канала шейки матки.

**Показания** *(нужное отметить) :* окончание срока службы ВМС; планируемое зачатие; внематочная беременность; климакс (после завершения менструаций должен пройти год) ; смещение, частичное выпадение ВМС; изменение характера месячных – они удлиняются, становятся болезненными; появление межменструальных кровянистых выделений; воспалительные, инфекционные патологии органов малого таза; появление и рост доброкачественных или злокачественных опухолей; врастание спирали.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** 1 раз, при неудаче 2 раза.

**Предполагаемый результат** отсутствие спирали в полости матки.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, медицинской сестры, какая от них требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современного медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента, также из-за качества самой спирали - спираль может согнуться или перевернуться в полости матки из-за сокращения маточной мускулатуры (матка- это мышечный орган), при извлечении спираль может сломаться и части могут остаться в полости матки и их надо будет извлекать уже под наркозом методом гистероскопии, это более дорогостоящая процедура, и я предупреждена, что за процедуру частичного удаления я оплачиваю только 50% цены (за использованные материалы).

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

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:** острые воспалительные состояния малого таза; неясные кровотечения из влагалища и матки, на фоне воспалительного процесса малого таза или общего организма

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 *сложности удаления и длительности ношения ВМС:* в течение нескольких дней могут возникать ноющие боли внизу живота (как при месячных). Возможно появление скудных кровянистых выделений.

 Возможные ощущения во время процедуры – возможны определенные болевые ощущения и умеренное кровотечение.

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

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. В частности, в течение нескольких дней после процедуры следует соблюдать половой покой, 7-10 дней-ограничить физические нагрузки, не посещать баню, сауну, отказаться от принятие ванны, использования тампонов и спринцевания. Ограничения после удаления вросшей ВМС будут длиться дольше, рекомендуется на месяц отказаться от половых контактов, занятий спортом. Рекомендуется пройти УЗИ и контрольный осмотр гинеколога.

 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.

 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО Пациента/законного представителя)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись Пациента) (дата)*

Вышеуказанный Пациент ООО «ДОКТОР ПЛЮС» 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)*