**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**

**Установки 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: установку внутриматочной спирали Мирена (далее - ВМС) методом, способом и с применением местной топической (аппликационной) анестезии/ инъекционной инфильтрационной анестезии/анестезии спреем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать). Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии. Возможно: снижение давления, потеря сознания, аллергические реакции: крапивница, жжения, зуд, покраснения, отек вплоть до анафилактического шока и летального исхода. При котором мне будут оказаны , возможно, экстренная медицинская помощь, 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 перед процедурой врач проводит мне УЗИ осмотр матки и яичников, исключает на момент осмотра беременность и неизвестные новообразования матки и придатков, проводит перед процедурой рНметрию влагалища и исключает воспалительные процессы влагалища и органов малого таза. Процедуру проводит врач со своим ассистентом медицинской сестрой. В ходе процедуры Врач, после обработки наружных половых органов и слизистой влагалища 0.05% р-ром хлоргексидина, обнажает шейку матки в зеркалах, если нет аллергии, проводит обезболивание шейки матки и цервикального канала. Далее передняя губа шейки матки берется на пулевые щипцы, измеряется зондом длина полости матки, это длина отмечается на проводнике ВМС, вводится ВМС осторожно без насильственных движений. Далее проводник удаляется, ВМС остается в полости матки, а нити от ВСМ усы срезаются на 1см отступая от шейки матки. Все инструменты удаляются из влагалища и повторно проводится УЗИ малого таза, для достоверности достигнутого результата .

**Показания** *(нужное отметить) :* в целях контрацепции контрацепция, если ВМС «Мирена» присоединяется лечебное действие уменьшение обильности месячных, уменьшение болезненности менструаций.

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

**Предполагаемый результат** ВМС 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. Т.е. может возникнуть спазм ц/канала при котором невозможно введение ВМС, но при этом врач предлагает альтернативу, введение ВМС под наркозом уже в другом лечебном учреждении, но оплата взимается за УЗИ и анестетик.

Врач предупредил, что из-за истонченности мышечного слоя в виду индивидуальности организма или перенесенных воспалительных заболеваний матки или медицинских вмешательств на матке возможна перфорация матки, это осложнение, при котором пациента срочно госпитализируется машиной с/помощи в г/отделение города.

Также информирована что ВМС. может быть введена не до самого дна полости матки, из-за большой полости матки.

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

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.

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 индивидуальных особенностей организма:в течение нескольких дней могут возникать ноющие боли внизу живота (как при месячных). Возможно появление скудных или более обильных кровянистых выделений в течении 3 х месяцев, менструации могут быть более обильными, длительными и болезненными, если ВМС не гормон содержащая, концентрация гарантируется только на 75%, возможно и наступление беременности и возникновение баквагиноза и воспалительных явлений влагалища и матки ввиду того, что ВМС это инородное тело и может быть его отторжение самим организмом.

Если это гормонсодержащая ВМС «МИРЕНА», то, возможно, до 6 месяце периодические кровомазанья и через 1-3 года менструации могут исчезнуть и появляться только периодически. Контрацептивный эффект 99%.

Возможные ощущения во время процедуры – возможны определенные не сильные болевые ощущения внизу живота и умеренное кровотечение.

Возможные ощущения во время процедуры – обычно безболезненно, но может вызвать дискомфорт и неприятные ощущения.

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 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, занятий спортом. Не переохлаждаться. Обязательно соблюдать рекомендацию, пройти УЗИ, контрольный осмотр гинеколога через 2-3 месяца после процедуры.

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)*