

Информированное добровольное согласие на эндоскопическое вмешательство на верхних отделах желудочно-кишечного тракта

Я, _____
(ФИО пациента/законного представителя пациента)

Дата рождения пациента/законного представителя	
Адрес регистрации пациента/законного представителя	
Ф.И.О. недееспособного пациента и дата рождения*	действуя в интересах
Документ*, удостоверяющий личность законного представителя пациента, кем и когда выдан	
Документ*, удостоверяющий право представления интересов пациента	

* указывается при заполнении согласия законным представителем пациента

Просьба заполнить краткую анкету о состоянии Вашего здоровья!

Имеются ли у Вас:	Да, указать что именно	Нет ✓
Аллергические реакции (на лекарства, продукты, др.), бронхиальная астма?		
Повышенная кровоточивость?		
Повышение давления, заболевания сердца, почек, легких, нервной системы?		
Съемные конструкции в ротовой полости (мосты, вставные челюсти)?		
(Для женщин) Возможна ли в настоящее время беременность?		
Принимаете ли постоянно медикаментозные препараты, укажите какие?		
Время последнего приема пищи, напитков		
ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ ДОСТОВЕРНА	<i>/подпись/</i>	

1. Цель медицинской помощи: Эндоскопическое вмешательство, которое может включать как эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так и эндоскопическое лечение.

2. Методы оказания медицинской помощи: Исследование выполняется при помощи эндоскопа, который проводится через рот (нос) для осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Для уточнения диагноза могут применяться дополнительные методики: хромокопия (метод окрашивания тканей), увеличительная эндоскопия, эндосонография (ультразвуковое эндоскопическое исследование) и другие методики, в т.ч. с применением специализированного оборудования, а также биопсия (получение образцов ткани), являющаяся стандартом диагностики многих заболеваний.

ВАЖНО! Биопсия может сопровождаться повреждением тканей в зоне ее выполнения, а результаты оказаться неинформативными, в этой связи может потребоваться повторное исследование.

Я даю / не даю свое согласие на проведение биопсии.

/подпись/ _____

При наличии показаний, технических возможностей и отсутствии противопоказаний проводится эндоскопическое лечение с целью удаления новообразований ЖКТ, инородных тел, остановки и профилактики кровотечений, лечения стриктур (сужений) и лечения нарушения целостности ЖКТ различного генеза, в том числе с применением специализированного оборудования, инструментария, конструкций.

Подготовка: Эндоскопическое вмешательство выполняется натощак, следует воздержаться от приема пищи за 6-12 часов, напитков и курения минимум за 2 часа до него, при ряде заболеваний подготовка может отличаться. Для улучшения осмотра и результатов исследования может потребоваться выпить рекомендуемый врачом раствор пеногасителя, муколитика. Сроки и режим приема лекарственных средств до и после выполнения эндоскопического вмешательства необходимо согласовать с врачом.

Продолжительность: Оптимальное время первичного эндоскопического исследования составляет около 7 минут. При повторном исследовании, применении дополнительных методик и при эндоскопическом лечении продолжительность определяется врачом индивидуально.

Эндоскопическое вмешательство выполняется специалистом, имеющим сертификат/аккредитацию по специальности эндоскопия, специалистом, проходящим курс последипломного образования, под руководством врача-эндоскописта, также могут дополнительно привлекаться специалисты-консультанты.

Переносимость: могут возникать ощущения распирания, переполнения в животе, болезненность, отрыжка, позывы на рвоту, ощущения боли и комка в горле, кашель, повышенное слюноотделение.

После эндоскопического вмешательства: следует воздержаться от приема пищи и напитков в течение 30 минут; диету и продолжительность её соблюдения необходимо согласовать с врачом. После проведения исследования/вмешательства под седацией не рекомендуется управлять транспортными средствами, выполнять ответственную работу в течение суток. После

