

Приложение № 1  
к договору № [DATEONLY]  
на оказание платных медицинских услуг

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
на проведение дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ)  
в ООО «ВМЦЭЛ», г. Волгоград, ул. Андижанская, д.1а,  
тел. (8442) 67-01-01, 67-05-39, 67-03-51

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

контактный телефон: [CELLPHONE], [PHONE]

действующий(ая) в интересах \_\_\_\_\_  
Заполняется в случае заключения договора в пользу другого лица, либо  
заключения договора в интересах несовершеннолетнего,  
недееспособного, ограниченно дееспособного лица.

Информирован(а) врачом-урологом ООО «ВМЦЭЛ», специалистом по дистанционной ударно-волновой литотрипсии о поставленном мне диагнозе:

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

а также о возможности лечения данной патологии методом дистанционной ударно-волновой литотрипсии (дробления камней в мочевых путях) на литотрипторе Dornier Compact Sigma.

Я добровольно даю свое согласие на проведение сеанса дистанционной ударно-волновой литотрипсии и прошу персонал **Общества с ограниченной ответственностью «Волгоградский медицинский центр эндохирургии и литотрипсии»** о его проведении.

1. Я информирован(а), что мне будет проведена литотрипсия (дробление) конкремента (конкрементов), с локализацией в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,

размерами \_\_\_\_\_ мм.

2. Я информирован (информирована) про наличие у меня конкремента (конкрементов) в других отделах мочевых путей, с локализацией в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,

размерами \_\_\_\_\_ мм.,

дробление которых в ходе данного сеанса ДУВЛ не предполагается.

3. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящего мне сеанса ДУВЛ. Мне разъяснены, и я понимаю особенности проведения ДУВЛ.

4. Я информировал(а) своего лечащего врача и специалиста по ДУВЛ врача-уролога \_\_\_\_\_ про отсутствие у меня острых и/или хронических заболеваний и состояний, при которых ДУВЛ может быть противопоказана, так как вызывает ухудшение течения заболевания и чаще сопровождается осложнениями, а именно:

Ознакомлен и согласен \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись ФИО полностью

- заболевания, приводящие к нарушениям в системе свёртывания крови;
- заболевания сердечно-сосудистой системы, вызывающие нарушения сердечного ритма (в том числе имплантированный кардиостимулятор);
- приём в настоящее время (в течении последнего месяца) антикоагулянтов;
- гипертоническая болезнь;
- аневризма брюшного отдела аорты или почечных сосудов;
- тяжёлая форма сахарного диабета;
- язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки в стадии обострения;
- острый пиелонефрит;
- хронический пиелонефрит в стадии активного воспаления;
- беременность;
- острый холецистит, холангит, гепатит, панкреатит;
- полинейропатии;
- опухоли почек, мочевого пузыря или других органов, расположенных в зоне прохождения ударных волн;
- другие заболевания и состояния:

5. Я информирован(а), что мне может быть отказано в проведении сеанса ДУВЛ непосредственно перед его началом при неадекватной подготовке кишечника (пневматоз кишечных петель в зоне прохождения ударной волны), трудностях фокусировки ударной волны и визуализации конкремента (ткань лёгкого, поперечные отростки позвонков и т. п. в зоне действия ударной волны).

6. Я информирован(а), что окончательная элиминация (отхождение) фрагментов раздробленного конкремента может протекать длительно (до полугода), что зависит от состояния мочевыводящих путей и почек, размеров, химического состава конкрементов, длительности их нахождения в мочевых путях и прочих факторов.

7. Я информирован(а), что в ряде случаев одного сеанса ДУВЛ оказывается недостаточно для дробления конкремента до фрагментов, способных к самостоятельному отхождению, ввиду чего может возникнуть необходимость в проведении повторного и последующих сеансов дистанционной литотрипсии, или использования других методов лечения мочекаменной болезни.

8. Я информирован(а), что оценить эффективность ДУВЛ возможно лишь через некоторое время (до месяца) после его проведения и в ряде случаев (высокая плотность камня, его большие размеры, значительное снижение функции почки вследствие длительности заболевания или в силу других патологических состояний) ДУВЛ может быть вовсе неэффективна.

9. Я информирован(а) про возможность ухудшения в течении мочекаменной болезни после проведения сеанса ДУВЛ (развитие приступа почечной колики, гематурии, дизурии паранефральной или внутрипочечной гематомы, обострения хронического или развития острого окклюзионного пиелонефрита, повышение артериального давления и т. п.), а также развитие других непредвиденных обстоятельств и осложнений. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

10. Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями, связанными с особенностями течения моего заболевания, и даю свое согласие на это.

11. Я знаю, что во время некоторых операций возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови и её компонентов, при возникновении в том необходимости.

12. Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, и даже неблагоприятного исхода.

13. Я знаю, что я обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых средствах, сообщить правдивые сведения о моей наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я подтверждаю, что достоверно проинформировал(а) врача об известных мне заболеваниях и оперативных вмешательствах, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а так же наличии беременности.

Ознакомлен и согласен

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО полностью

14. Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием для использования исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

15. Мне разъяснена возможность проведения ДУВЛ на безвозмездной основе в государственном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен (согласна) оплатить проведение ДУВЛ, я получил(а) информацию о стоимости сеанса ДУВЛ, о правилах его оплаты и документах, подтверждающих этот факт. Я признаю необходимость оплаты ДУВЛ по ценам действующего перечня тарифов и услуг до проведения сеанса.

16. Я подтверждаю, что информирован(а) о возможности отказаться от проведения ДУВЛ на любом его этапе до начала сеанса, сознавая возможность наступления последствий отказа от этой процедуры для моего здоровья, если она рекомендована к проведению моим лечащим врачом.

17. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед проведением ДУВЛ.

18. Я даю разрешение врачу на проведение консилиума врачей и консультацию других специалистов в целях оказания мне квалифицированной медицинской помощи.

19. Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных, в том числе: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения. Предоставляю право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Учреждения. При этом передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие на проведение ДУВЛ, в т.ч. передачу моих персональных данных посредством направления соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку.

20. Я ознакомлен(а) со всеми положениями настоящего информированного согласия, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, что подтверждаю своей подписью:

---

(Ф. И. О. полностью, дата, подпись)

---

(Ф. И. О. полностью, дата, подпись лица, несовершеннолетнего в возрасте от 15 от 18 лет)

При заключении договора в пользу другого лица, либо заключении договора в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица настоящее информированное согласие подписывается его представителем.

Врач ООО «ВМЦЭЛ» \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью, подпись)