

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

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение эндоурологического вмешательства – трансуретральной уретерореноскопии с контактной литотрипсией и литоэкстракцией под общим обезболиванием (наркозом) или спинно-мозговой анестезией в ООО «ВМЦЭЛ», г. Волгоград, ул. Андиганская, 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] _____

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» о поставленном мне диагнозе:

а также о возможности лечения данной патологии при помощи эндоурологического вмешательства – трансуретральной уретерореноскопии с контактной литотрипсией и литоэкстракцией под общим обезболиванием (наркозом) или спинно-мозговой анестезией (УРС с КЛТ).

Я добровольно даю свое согласие на проведение **трансуретральной уретерореноскопии с контактной литотрипсией и литоэкстракцией под общим обезболиванием (наркозом) или спинно-мозговой анестезией (УРС с КЛТ)** и прошу персонал **Общества с ограниченной ответственностью «Волгоградский медицинский центр эндохирургии и литотрипсии»** о её проведении.

1. Я информирован(а), что мне будет проведено эндоурологическое вмешательство (УРС с КЛТ) под общим обезболиванием или спинно-мозговой анестезией, направленное на удаление конкремента (конкрементов), локализующихся в _____

_____,
размерами _____ мм.

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

_____,
размерами _____ мм.,

удаление которых в ходе данного эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) не предполагается.

3. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящего мне эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ). Мне разъяснены, и я понимаю особенности проведения эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ).

4. Я информировал(а) своего лечащего врача и врача-уролога _____ про отсутствие, либо наличие у меня острых и/или хронических заболеваний и состояний, при которых эндоурологическое вмешательство (УРС с КЛТ) может быть противопоказано, 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;
- беременность;
- заболевания и состояния (например, последствия травм или оперативных вмешательств), приводящие к ограничению объёма движений в тазобедренных и/или коленных суставах;
- опухоли половых органов, мочевого пузыря;
- другие заболевания и состояния:

5. Я информирован(а), что мне может быть отказано в проведении эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) непосредственно перед его началом при определённых анатомических особенностях мочеиспускательного канала (врождённые и приобретённые стриктуры – сужения просвета), препятствующих заведению эндоурологического инструментария в полость мочевого пузыря.

6. Я информирован(а), что при выполнении эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) возможна миграция конкремента или его фрагментов, образующихся при дроблении камня, из места его предоперационного нахождения в вышележащие отделы мочевых путей, извлечение конкремента или его фрагментов из которых технически невозможно.

7. Я информирован(а), что проведение эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) подразумевает в большинстве случаев дренирование мочевыводящих путей на стороне вмешательства внутренним (мочеточниковым) катетером или стент-катетером, нахождение которых внутри моего организма может продолжаться длительное (до полугода) время и требует, в ряде случаев, повторного вмешательства для их извлечения. Обязуюсь соблюдать рекомендованные моим врачом сроки осуществления таких вмешательств и ограничения в своём образе жизни, если таковые потребуются по медицинским показаниям вследствие нахождения внутреннего дренажа мочевыводящих путей в моём организме.

8. Я информирован(а), что окончательная элиминация (отхождение) фрагментов раздробленного конкремента может протекать длительно (до полугода – при наличии внутреннего стент-катетера мочевыводящих путей), что зависит от состояния мочевыводящих путей и почек, размеров, химического состава конкрементов, длительности их нахождения в мочевых путях, выраженности воспалительных и рубцовых изменений окружающих тканей и прочих факторов.

9. Я информирован(а), что в ряде случаев эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) оказывается недостаточно для полного удаления конкремента, ввиду чего может возникнуть необходимость в проведении сеансов дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), повторного эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) или использования других методов лечения мочекаменной болезни.

10. Я информирован(а), что оценить эффективность эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) возможно лишь через некоторое время (до месяца) после его проведения, что сопряжено с необходимостью дренирования мочевыводящих путей и невозможностью отхождения фрагментов разрушенного конкремента до момента удаления мочеточникового стент-катетера.

11. Я информирован(а) про возможность ухудшения в течении мочекаменной болезни после проведения эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) (развитие приступа почечной колики, гематурии, дизурии, паранефральной или внутрипочечной гематомы, обострения хронического или развития острого 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.

12. 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.

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

Ознакомлен и согласен

_____/_____
подпись

ФИО полностью

14. 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.

15. 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.

16. 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.

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

18. Я подтверждаю, что информирован(а) о возможности отказаться от проведения эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ) на любом его этапе до начала общей анестезии, сознавая возможность наступления последствий отказа от этой процедуры для моего здоровья, если она рекомендована к проведению моим лечащим врачом.

19. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед проведением эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ).

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

21. 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 эндоурологического вмешательства (УРС с КЛТ), 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.

22. 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 до 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)