

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ректороманоскопии(RRS).

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 года №323.

Мне (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

Разъяснено наличие показаний к проведению RRS.

Настоящим я доверяю квалифицированному врачу – эндоскописту КЦРБ Болотбекову М. выполнить эндоскопическое вмешательство (RRS).

При необходимости разрешаю проведение биопсии и цитологии.

Мне было сообщено, что процедура ректороманоскопии заключается в ведении специального медицинского инструмента через задний проход с осмотром слизистой прямой и части сигмовидной кишки. Процедура переносится в основном хорошо, без осложнений. Сам ректороманоскоп и инструменты тщательно после каждого пациента обрабатываются, утвержденным санитарными правилами способом, практически исключая возможность заражения пациента во время исследования.

Однако при проведении процедуры RRS могут развиваться: кратковременная боль в перианальной зоне, в животе, ректосигмоидном отделе толстой кишки, повышение артериального давления и связанные с этим осложнения. После проведения RRS могут быть неприятные ощущения в левой половине живота, в прямой кишке и в перианальной зоне в течение 2 дней, исключительно редко могут развиваться перфорация органа, кровотечение.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, связанные с исследованием, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим здоровьем, психическим и физическим состоянием информацию.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных. Я доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что информация была представлена в доступной для меня форме и понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы и мною дано согласие на проведение процедуры.

Подпись врача: _____ Болотбеков М. Дата: _____

Подпись пациента (законного представителя): _____