

Информированное добровольное согласие пациента на проведение фиброгастроскопии

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Информирован (а) о возможных побочных действиях фиброгастроскопии, а именно: боль в горле, временная потеря голоса; осложнениях, таких как: ретроградное вклинивание эндоскопа, прободение полого органа, кровотечение.

Настоящим я уведомлен и согласен с необходимостью информировать медицинских работников до начала процедуры о перенесенных или имеющихся заболеваниях, а именно (указать «ДА» или «НЕТ»):

1. Гепатиты _____ 2. ВИЧ-инфекция _____ 3.

Туберкулез _____

4. Заболевания, передающиеся половым путем _____ 5. Аллергические реакции _____

Об исследованиях и диагностических манипуляциях, получаемом ранее лечении, об известных противопоказаниях, а также до начала процедуры точно выполнять указания медицинского персонала, связанные с настоящей процедурой.

Я предупрежден и согласен с необходимостью снять (удалить) из ротовой полости съемные зубные и другие протезы, прочие съемные приспособления (украшения), отключить на время и после процедуры мобильный телефон и другие мобильные электронные устройства.

Я предупрежден и согласен с проведением забора материала для микроскопического исследования в случае необходимости. Необходимость взятия материала и технические возможности этой манипуляции определяет врач, проводящий обследование.

Я удостоверяю, что полученные разъяснения понятны, меня удовлетворяют и я даю добровольное информированное согласие на проведение фиброгастроскопии.

_____ 202

г _____

Дата

Подпись пациента

Расшифровка подписи

Я удостоверяю своё добровольное информированное согласие на проведение местного обезболивания препаратом лекарственного вещества ЛИДОКАИН _____

Пациент ознакомился и заполнил «информированное согласие» в моём присутствии.

_____ 202 г _____

Дата

Подпись мед. работника

Расшифровка подписи