ООО **«Нейрореабилитационный центр «ОПОРА»**

355000, г. Ставрополь, ул. Шпаковская, д. 76а/1,

Тел. 8(8652) 555646, 89624559912

e-mail: nrcopora1@rambler.ru

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - комплексное уродинамическое исследование.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

(ФИО гражданина, законного представителя)

Действуя в интересах (заполняется законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

(ФИО представляемого лица, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство - комплексное уродинамическое ис­следование, согласно статьи 20 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 23.07.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения первичной медико-санитарной помощи / получения пер­вичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

 в ООО «Нейрореабилитационный центр «ОПОРА»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником: врачом-урологом Ивановым Вячеславом Владимировичем

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития ос­ложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. А именно:

1. Я поставлен в известность, что цель КУДИ - получение наиболее достоверной информации для уточнения диагноза. Мне разъяснены основные этапы КУДИ. Я понял в чем ее смысл и не имею по этому поводу вопросов к мед. персона­лу. Получил полные и всесторонние разъяснения о возможных осложнениях данного исследования.

Согласен на проведение КУДИ в предложенном объеме.

1. Я понял, в чем смысл малоинвазивного вмешательства, и не имею по этому поводу вопросов к мед. персоналу. Во время вмешательства в мочеиспускательный канал и мочевой пузырь вводится специальный катетер, с последующим заполнением мочевого пузыря стерильным физиологическим раствором

З.Я проинформирован что, данные исследования могут привести к дискомфорту, болезненным ощущениям внизу живота, вегетативным реакциям (ощущение жара, головокружение и др.), а также других симптомам, кото­рые могут послужить причиной прекращения исследования. Медицинский персонал постоянно будет присутст­вовать во время исследования и окажет вовремя необходимую помощь.

Данное исследование является инвазивным и может сопровождаться рядом осложнений, как во время исследова­ния, так и в последующем периоде (кровотечение из уретры, формирование «ложного хода», уретрит, цистит, реф- люкс-пиелонефрит, боль, нарушение опорожнения мочевого пузыря). Для снижения риска возможных осложнений, перед исследованием проводится предварительная подготовка и дообследование, согласно выданному плану:

1. Накануне вечером и утром в день исследования сделать очистительные клизмы до чистой воды.
2. Легкий завтрак.
3. Принять уросептик (Монурал 3 г. утром перед исследованием]

4. 3а 1 сутки прекратить прием препаратов, которые могут повлиять на результаты (уточнять у лечащего врача).

1. Очистить паховую зону от волосяного покрова.
2. Обязательно вести дневник мочеиспускания.
3. Прибыть необходимо не менее чем за 20 минут до назначенного времени исследования.

Я, прочитал(а) информированное согласие, полностью ориентирован (а) в возможностях исследования и убеж­дена) в необходимости проведения мне вышеуказанного обследования. У меня нет вопросов к врачу, касающих­ся комплексного уродинамического исследования, и поэтому я добровольно соглашаюсь провести данное иссле­дование. предоставить результаты дообследования и провести подготовку в соответствии планом подготовки.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федераль­ного закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Со­брание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, подпись пациента, законного представителя.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Чурсин В.В.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г.