

**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, возможные 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.

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

3. 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. За 1 сутки прекратить прием препаратов, которые могут повлиять на результаты (уточнять у лечащего врача).**
- 4. Очистить паховую зону от волосяного покрова.**
- 5. Обязательно вести дневник мочеиспускания.**
- 6. 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.