**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**

**СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**(БИОПСИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО ребенка полностью, год рождения) |

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить медицинский работник:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (ФИО, должность)

ООО «МЕД-ПЛЮС» вправе заменить медицинского работника предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту ООО «МЕД-ПЛЮС».

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 |  | биопсия тканей и органов |  |

**Биопсия** - забор небольшого количества тканей для передачи их в лабораторию, где изучаются свойства клеток, из которых они состоят. Процедура проводится при подозрении на наличие заболевания, точный и окончательный диагноз которого не может быть поставлен с помощью других видов исследований.

Показания к проведению биопсии определяются в индивидуальном порядке исходя из жалоб пациента, данных, полученных в ходе проведения лабораторной или инструментальной диагностики, а также симптомов и признаков заболевания, выявленных врачом в ходе осмотра и беседы.

**Биопсия позволяет:** получить максимально развернутую информацию о глубине и обширности патологического процесса; природе новообразования (доброкачественная или злокачественная опухоль, эозинофильный или воспалительный инфильтрат, и т.д.); подтвердить или опровергнуть предполагаемый диагноз; провести дифференциальную диагностику; достоверно определить стадию патологического процесса; устранить новообразования (при проведении многих видов биопсии можно параллельно с выполнением диагностической биопсии, сразу удалить патологический очаг); оценить в динамике эффективность проводимой химиотерапии, лучевой терапии и т.д.

Исследования биопсии классифицируют по способам забора биоптатов (заборы материала для гисто- или цитологических диагностик) и по виду контроля точности (классические и прицельные исследования).

**В зависимости от цели, которая ставится перед процедурой, биопсия бывает:**

-мазки-отпечатки, соскобы, бритвенная биопсия (вид биопсии применяется в амбулаторной практике для диагностики и лечения пациентов гинекологического, урологического и кожно-венерологического профиля).

-простая пункционная, эксфолиативная, промывная или аспирационная биопсия (поверхностных полостей);

-аспирационная тонкоигольная или толстоигольная биопсия/трепанобиопсия;

-браш-биопсия или скарификационная/шейв биопсия;

-щипковая/punch биопсия (с применением лезвия Dermo-punch или трубчатым скальпелем);

-инцизионная (при которой изымается только часть измененных или подозрительных тканей) и эксцизионная (предполагающая полное хирургическое удаление всей опухоли или определенной области) биопсия поверхностных образований;

-фьюжн-биопсия (fusion-биопсия);

-кор-биопсия (Core-биопсия).

Мне разъяснено, что риски и противопоказания рассматриваются индивидуально для каждого пациента и зависят от его состояния, предполагаемого диагноза, метода биопсии, который должен применяться и т.д.

Мне разъяснено, что в ряде случаев биопсия может быть болезненной. Как правило перед биопсией проводят местную анестезию при помощи инъекции или спрея.

Мне разъяснено, что в ходе манипуляции возможны проявления аллергической реакции на любой медикамент или средство наркоза.

Я информирован (а) о том, что в ходе манипуляции возможно умеренное кровотечение из затронутых кровеносных сосудов, которое останавливается самостоятельно при сдавлении места манипуляции. В отдельных случаях может образоваться гематома, для ликвидации которой могут быть необходимы инвазивные манипуляции.

Я информирован (а) о том, что во избежание попадания инфекции в травмированную область в ходе проведения манипуляции используются асептики и антисептики.

Мне разъяснено, что если при проведении биопсии не удается получить достаточно информативного цитологического материала для проведения дальнейших анализов, то пункцию необходимо будет провести повторно. За проведенную манипуляцию деньги не возвращаются.

Мне доступно разъяснены противопоказания к проведению биопсии: местное повреждение кожи, кожная инфекция в планируемом месте пункции; длительное применение разжижающих кровь препаратов (аспирин, варфарин и т.п.); беременность (относительное противопоказание – биопсию можно проводить, если клиническое преимущество превышает возможные риски).

Мне разъяснено что после проведения биопсии первое время не рекомендовано: посещать бассейны, сауны, бани; снимать повязки, без разрешения врача; 1-2 дня мочить травмированный участок.

Мне разъяснено, что в процессе биопсии несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО медицинского работника) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г. (дата оформления)