ИП Егорян Д.С., ОГРНИП 323619600170133,
адрес места осуществления медицинской деятельности: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 178,
лицензия на осуществление медицинской деятельности от 08.12.2023 № Л041-01050-61/00960029

Информированное добровольное согласие
на прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога и взятие биоматериала

Я, ФИО пациента _____ Дата рождения пациента _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____---_____, проживающий по адресу: _____

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие Индивидуальному предпринимателю Егорян Диане Суриковне (ОГРНИП 323619600170133, адрес места осуществления медицинской деятельности: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 178, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 08.12.2023 № Л041-01050-61/00960029) на проведение в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вида медицинского вмешательства: прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога и взятие биоматериала.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства: выявление имеющихся и потенциальных заболеваний; осмотр специалистом; забор биоматериала; постановка диагноза по результатам анализов и иных диагностических исследований; формирование рекомендаций для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний; консультативная помощь; наблюдение за состоянием здоровья пациентки; планирование беременности, ведение беременности; назначение лечения.

Мне в доступной форме разъяснено, что прием специалиста предполагает следующие медицинские вмешательства: сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб); анализ данных анамнеза, жалоб; изучение представленных медицинских документов, результатов исследований; осмотр, в том числе пальпация (проводится путём ощупывания тела пациента); осмотр на гинекологическом кресле с применением медицинских изделий (гинекологическое зеркало); антропометрические исследования (определение веса, массы тела и обхвата грудной клетки); взятие образца биоматериала для микроскопического исследования (мазка на флору); взятие биоматериала для исследований методом ПЦР; взятие образцов биоматериала для цитологических исследований и иных диагностических мероприятий, согласованных со мной врачом медицинской организации.

Мне разъяснено, что для постановки диагноза может потребоваться проведение дополнительных вмешательств, в частности, при подозрении гинекологического заболевания: кольпоскопии (изучение шейки матки и влагалища с помощью специального оптического инструмента — кольпоскопа), бимануального влагалищного исследования (позволяет с помощью пальпации определить положение и состояние матки, яичников, маточных труб), микроскопического исследования отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитологию мазков, УЗИ гениталий, УЗИ молочных желез, маммографию и иные методы обследования.

Мне разъяснено, что прием врача гинеколога оказывается с применением медицинских изделий: набор гинекологических инструментов, весы медицинские, ростомер, сантиметровая лента, аппарат для измерения артериального давления, стетофонендоскоп, кушетка медицинская, ширма.

Мне разъяснено, что качественное выполнение приема врача гинеколога не требует предварительной подготовки, при этом не рекомендуется спринцеваться, подмываться с использованием мыла, геля и иных средств, пользоваться духами и дезодорантами, посещать врача менее, чем через 1-1,5 недели после приема антибиотиков (в отсутствие показаний к приему), при намерении сдать анализы на микрофлору и инфекции не рекомендуется опорожнять мочевой пузырь за 2 часа и иметь половые контакты за 1-2 дня до посещения врача. Мне разъяснено, что несоблюдение данных рекомендаций может повлечь недостоверные результаты исследований и сказаться на качестве оказываемой услуги.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: оценка состояния репродуктивного здоровья; выявление и профилактика заболеваний; диагностика и лечение инфекционных заболеваний, передающихся половым путем; профилактический ежегодный осмотр у специалиста; планирование беременности; незащищенный половой акт; смена полового партнера; наличие болевых или дискомфортных ощущений внизу живота, в пояснице; появление выделений; назначение гормональных контрацептивов (противозачаточные таблетки, влагалищное кольцо, пластыри, инъекции, импланты иные методы контрацепции); увеличение молочных желез; появление оволосения на лобке и в подмышечных впадинах у девочки до наступления 8 лет; отсутствие менструаций у девочки-подростка в 15 и более лет; нарушения менструального цикла; болезненные, обильные или скудные менструации; маточные кровотечения (дисфункциональные, ювенильные), переменчивость настроения, не связанная с жизненными обстоятельствами/депрессией и другими расстройствами; нагрубание молочных желез, в том числе в период перед менструацией; вздутие живота, отеки, головные боли, раздражительность и другие повторяющиеся симптомы в период за 7−14 дней до менструации; оволосение по мужскому типу у женщины; бесплодие; привычное невынашивание беременности; неразвивающиеся беременности.

Мне разъяснено, что прием врача гинеколога не имеет противопоказаний, однако некоторые манипуляции могут иметь противопоказания в зависимости от состояния пациентки, в частности, осмотр с использованием зеркал не проводится женщинам, не жившим половой жизнью.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками, а именно: постановка неточного диагноза, необходимость проведения дополнительных обследований и манипуляций, корректировка плана лечения. Лечащий врач уведомил меня о возможных побочных реакциях и осложнениях после медицинского вмешательства: в течение нескольких часов после обследования с использованием гинекологических зеркал могут наблюдаться незначительные мажущие или розовые выделения из влагалища и несильные боли внизу живота.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: выявление имеющихся и потенциальных заболеваний; осмотр специалистом; забор биоматериала; постановка диагноза по результатам анализов и иных диагностических исследований; формирование рекомендаций для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний; консультативная помощь;

рекомендации специалиста по вопросам планирования беременности, ведения беременности; назначение лечения.

Мне разъяснено, что может потребоваться повторный прием врача по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации врача.

Мне разъяснено, что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, в том числе и увеличение стоимости лечения, о чем меня уведомит врач.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения вмешательства; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, и я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проводимого исполнителем лечения, без согласования с лечащим врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением, делающим невозможным завершить начатое исполнителем лечение. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, путём подписания отказа, за исключением случаев,

предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: невозможность установления диагноза, невозможность назначения лечения, невозможность предоставления рекомендаций специалистом.

Я понимаю, что отказ от назначенных врачом обследований может повлечь осложнения и исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения. Я внимательно ознакомился(лась) и понимаю назначение данного документа. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен(а) судом в дееспособности, не признан(а) недееспособным(ой) вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

_____/ ФИО пациента

_____/Врач (полностью)

Текущая дата