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 проведение ультразвукового исследования.

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: ультразвукового исследования.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование проводится в амбулаторных условиях по месту осуществления медицинской деятельности ИП Егорян Д.С.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства: диагностика заболеваний; уточнение диагноза после применения иных диагностических методов; онкологический поиск; профилактическое обследование; УЗИ-контроль в ходе оперативных вмешательств; контроль эффективности оперативного или консервативного лечения *(нужное подчеркнуть)*.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование представляет собой инструментальный неинвазивный метод исследования состояния внутренних органов, основанный на применении звуковых волн высокой частоты и регистрации звуковых сигналов, отражающихся органами и тканями, с их последующей расшифровкой и описанием.

Врач объяснил мне, что целью проведения мне (представляемому лицу) ультразвукового исследования является установление состояния моего здоровья (здоровья представляемого лица) для определения вариантов лечения. Я понимаю, что УЗИ является методом диагностики, и окончательный диагноз устанавливается лечащим врачом.

Я проинформирован(а) о том, что по результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций:

- УЗИ органов брюшной полости;
- УЗИ почек, мочеточника и мочевого пузыря;
- УЗИ органов малого таза (трансабдоминально и/или трансвагинально);
- УЗИ органов малого таза с доплерографией;

- УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез;
- УЗИ лимфатических узлов;
- УЗИ мягких тканей;
- УЗИ молочных желез;
- УЗИ беременности 2-3 триместра с доплерографией;
- УЗИ беременности до 11 недель;
- УЗИ беременности с доплером (допплерография) с 11 по 40 неделю;
- УЗИ беременности без доплерографии с 11 по 40 неделю
- УЗИ шейки матки при беременности (цервикометрия);
- Допплерометрия маточно-плацентарного кровотока;
- УЗИ фолликулогенеза (фолликулометрия).

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование в зависимости от исследуемой области может осуществляться с использованием различных доступов: трансабдоминальный, трансвагинальный, ректальный, (нужное подчеркнуть); в сочетании с допплерографией/без допплерографии *(нужное подчеркнуть)*.

Мне разъяснено, что при проведении УЗИ абдоминальным методом врач наносит специальный гипоаллергенный гель на кожу и на датчик прибора (для улучшения контакта), затем начинает осмотр. Мне разъяснено, что при проведении трансвагинального УЗИ используется специальный датчик продолговатой формы, специально созданного в соответствии с анатомическими особенностями женских половых органов, который вводится во влагалище. Мне понятно, что при проведении трансвагинального УЗИ следует опорожнить мочевой пузырь, лучше отказаться от приема жидкости за 1-2 часа, за несколько дней до планируемого обследования желательно исключить продукты, провоцирующие газообразование (черный хлеб, газированные напитки, молочные продукты, бобовые, а также другие овощи и фрукты в сыром виде, капуста, жареные, копченые, жирные блюда из мяса и рыбы, наваристые бульоны). При проведении абдоминального УЗИ женщинам необходимо перед процедурой выпить около литра воды без газов или чай без сахара, а также желательно за несколько дней до планируемого обследования исключить продукты, провоцирующие газообразование (черный хлеб, газированные напитки, молочные продукты, бобовые, а также другие овощи и фрукты в сыром виде, капуста, жареные, копченые, жирные блюда из мяса и рыбы, наваристые бульоны).

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование является неинвазивной, безопасной и безболезненной процедурой. Абсолютные противопоказания к ультразвуковому исследованию отсутствуют. Относительными противопоказаниями к ультразвуковому исследованию являются: гнойное поражение кожных покровов исследуемой области; ранний послеоперационный период исследуемой области

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение ультразвукового исследования позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Ультразвуковое исследование позволяет определить месторасположение, структуру, однородность, состояние внутренних органов и кровеносных сосудов, выявить патологические очаги и посторонние включения, оценить степень их тяжести и распространенности. Результатом ультразвукового исследования является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что после проведения ультразвукового исследования может потребоваться дополнительный прием врача по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации специалиста.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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 манипуляции; стоимость отдельных процедур (этапов) и медицинского вмешательства 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