*Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение Здравоохранения*



*«Городская Мариинская больница»*

# **Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

Адрес: 191 104 Санкт-Петербург, Литейный пр. дом 56,

[www.mariin.ru/ivf](http://www.mariin.ru/ivf) ; [ivf@mariin.ru](mailto:ivf@mariin.ru)

**тел. 275-72-40, 920-25-48**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие на выполнение исследования, вмешательства, операции, лечения** | | | |
|  | | |  |
| Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1.  Я, **Чекмак Дмитрий Алексеевич,** | | | |
| обязуюсь сообщить перед обследованием все сведения о наличии у меня непереносимости или аллергической реакции на какие-либо препараты, о ранее проведенных мне процедурах или вмешательствах в организм, травмах, а также о наличии у меня установленных заболеваний или индивидуальных реакциях и особенностях, которые могут повлиять на процесс обследования или лечения, а также сведения о принимаемых мною медикаментах. | | | |
| 1.  Врачом КЛИНИКИ мне даны подробные разъяснения: | | | |
|  | | — по поводу моего (пациента) диагноза, особенности течения заболевания; | |
|  | | — по плану обследования и его цели; | |
|  | | — о возможных вариантах медицинского вмешательства, его цели, вероятной продолжительности лечения, прогнозе (вероятности успешного исхода лечения и исхода при отказе от лечения); | |
|  | | — о   рисках   диагностических   методов   обследования,   анестезиологического пособия и хирургических вмешательств; | |
|  | | — по поводу того, что, несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность операционных и послеоперационных осложнений, связанных с факторами    риска   как    со    стороны    органа   (предшествующие хирургические вмешательства, в том числе с осложнениями; индивидуальная реакция;  развитая  стадия  заболевания;  наличие  осложнений  от позднего обращения; сопутствующее заболевание и др.), так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, психоневрологические, гематологические и иммунные заболевания и т.п.), а также употреблением алкоголя, курением и др.; | |
|  | | — что наличие факторов риска может в ходе выполнения операции изменить ранее намеченный план,  увеличить сроки лечения или  потребовать проведения дополнительной операции; | |
|  | | — что    несоблюдение    рекомендаций    врача,    режима    приема    препаратов, бесконтрольное   самолечение   могут   осложнить   лечение   и   отрицательно сказаться на состоянии оперированного органа или общего здоровья. Меня предупредили о необходимости соблюдения режима в стационаре, регулярного приема назначенных лечащим врачом препаратов и выполнения процедур, а также и согласования приема в период лечения любых, не прописанных им препаратов, сообщения врачу КЛИНИКИ о любом ухудшении самочувствия или состояния оперированного органа; | |
|  | | — о необходимости после выписки из стационара продолжить выполнение назначений, которые будут указаны в моей вьписной справке, с обязательным контролем лечения врачом территориальной поликлиники или, по назначению, врачом КЛИНИКИ. | |
| 2.   Настоящим согласием я доверяю врачу (в дальнейшем - Врач) и его коллегам выполнять мне исследования, манипуляции, вмешательства, операции, необходимые для диагностики и лечения моего заболевания, включающие инъекции, пункции, блокады, катетеризации, лучевые, ультразвуковые методики, физиотерапевтические процедуры, а так же следующие манипуляции: | | | |
| Аспирационная биопсия обоих яичек и их придатков, двухсторонняя открытая мультифокальная биопсия обоих яичек (TESA, PESA, TESE) | | | |
| Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения (гематома мошонки, гематомы яичка, кровотечение, инфекция послеоперационной раны, атрофия яичек) и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого оперативного лечения. Я хорошо понял (а) все разъяснения Врача: | | | |
|  | 1) Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость другого вмешательства, исследования или операций, неуказанных в п.2 настоящего согласия. | | | |
|  | 2) Я   доверяю   Врачу   КЛИНИКИ   и   его   коллегам   принять   соответствующее профессиональное решение и выполнить любые медицинские действия, которые. Врач сочтет необходимым для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния и (или) для уменьшения риска осложнений. | | | |
|  | 3) Предоставляю право выбора врачам анестезиологического пособия,  если оно потребуется для проведения необходимой мне операции. Я согласен (на) на переливание донорской крови и ее компонентов, иных разрешенных к применению в РФ растворов, в ходе операции или послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость. | | | |
|  | 4) Я   подтверждаю,   что   мне   была   предоставлена   возможность   задать   все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогнозе лечения. Я получил (а) на них удовлетворительные ответы. | | | |
|  | 5) Я разрешаю врачу КЛИНИКИ и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим обследованием или лечением, и использовать их для научных и образовательных целей.  Информирование о факте моего обращения, моем диагнозе, мои контактные данные, результатах моего обследования и состоянии здоровья разрешаю. | | | |
|  | 6) Содержание настоящего документа мною (мне) прочитано, разъяснено мне врачом КЛИНИКИ. Оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью. | | | |
| Подпись пациента (законного представителя\*): | | | |
| Подпись врача (Ф.И.О.): | | | |
| От проведения указанных в пунктах | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, позднее лечение, увеличение риска и объема хирургического вмешательства, частичная или полная утрата зрения, нетрудоспособность, инвалидность, смерть, что и удостоверяю своей подписью. | | | |
| Подпись пациента (законного представителя\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| \*  в  случае  невозможности  подписания  документа  пациентом,  вследствие  тяжести состояния или несовершеннолетия - расписывается его законный представитель | | | |