**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

(в соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, Чекмак Дмитрий Алексеевич "02" Марта 1994 г. рождения,

даю СПб ГБУЗ «Городской Мариинской больнице» информированное добровольное согласие на проведение мне ДИСТАНЦИОННОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ на аппарате Xstrahl 200 либо Xstrahl 300.

Я подтверждаю, что медицинским работником мне предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1. Мне даны разъяснения о состоянии здоровья и требуемой медицинской помощи по поводу заболевания, ДИАГНОЗ:

|  |
| --- |
|  |

Я информирован(а) о своём заболевании и возможных схемах лечения.

1. Я информирован(а) об альтернативных методах лечения, добровольно и осознано принимаю решение о проведении мне дистанционной рентгенотерапии с целью оказания эффектов от малых доз облучения: противовоспалительного, противоотёчного, анальгезирующего, антибактериального, десенсибилизирующего.
2. Я информирован(а) о том, что **показаниями** к проведению дистанционной лучевой терапии являются различные неопухолевые заболевания, к примеру:

* дегенеративно-дистрофические заболевания костно-суставной системы (пяточный либо локтевой бурсит, эпикондилит, спондилоартрит, артроз, плече-лопаточный периартрит);
* гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, панариций, остеомиелит, тромбофлебит, гидраденит, мастит, парапроктит, паротит);
* послеоперационные осложнения (анастомозит, свищи, вяло гранулирующие и инфицированные раны, постампутационный болевой синдром);
* воспалительные заболевания нервной системы (невралгия, неврит, плексит, радикулит, сирингомиелия, фантомные боли);
* термические повреждения (ожоги и отморожения);
* дерматозы (нейродермиты, ограниченные формы немикробной экземы или грибкового поражения волосистой части головы и лица в виде трихофитии, микроспории, зудящий дерматоз, псориаз, около раневой дерматоз);
* эндокринные и аллергические заболевания (тиреотоксикоз, отёчный экзофтальм, диэнцефальный синдром), лечение которых другими способами оказалось малоэффективно.

1. Я информирован(а) о принципе проведения дистанционной рентгенотерапии: во время каждого сеанса лучевой терапии пациент должен находиться в определенном положении на лечебном столе. Обо всех отклонениях от первоначального положения пациенту следует немедленно сообщить персоналу, выполняющему укладку перед сеансом лучевой терапии. При проведении сеанса лучевой терапии за пациентом осуществляется наблюдение посредством видеокамер. Проведение сеанса лучевой терапии, как правило, не сопровождается какими-либо ощущениями. Пациенту запрещено двигаться и вставать со стола без разрешения медицинского персонала. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, в том числе резкого ухудшения самочувствия, с целью экстренного прерывания сеанса лучевой терапии пациенту следует немедленно подать знак голосом, движением руки или ноги.
2. Я информирован(а) о следующих **абсолютных** **и относительных противопоказаниях** к дистанционной рентгенотерапии:

* беременность;
* лактация;
* анемия, лейкопения, тромбоцитопения тяжёлой степени выраженности;
* тяжёлое общее состояние больного со сниженным иммунитетом;
* декомпенсированные состояния печени и почек, сердечно-сосудистой и дыхательной системы;
* недавно проведенная физиотерапия;
* острые воспалительные заболевания, инфекционные заболевания, в т.ч. активные формы туберкулёза;
* интеркуррентные (сопутствующие) заболевания, сопровождающиеся лихорадочным состоянием;
* профузное кровотечение;
* психические заболевания.

1. Я понимаю, что дистанционная рентгенотерапия при полном соблюдении правил её проведения не может привести к лучевым осложнениям и повреждениям.

8022028002082200:00208022080220:2000:00280220

1. Я информирован(а) о **реакции кожи**, которая может возникнуть в ходе или сразу после дистанционной рентгенотерапии в виде эритемы (покраснение кожи в области полей облучения, ощущение жжения, покалывания), а также о возможных **поздних осложнениях**, возникающими, как правило, через три месяца после окончания лучевого лечения, в виде пигментации (изменение цвета кожи в поле облучения), телеангиоэктазии (появление «сосудистых звездочек»).
2. Я понимаю, что возникновение изменения кожи в области облучения не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку лечение является вмешательством в биологический организм, где все процессы протекают индивидуально.
3. Я осознаю невозможность дачи медицинской организацией гарантии наступления положительных результатов после дистанционной рентгенотерапии в силу разнообразных особенностей течения заболевания.
4. Я информирован(а) о том, что моё неопухолевое заболевание, помимо общей и видовой обладает также индивидуальной чувствительностью к лучевой терапии, поэтому заранее определить степень достижения запланированного результата невозможно.
5. Я понимаю, что плохая переносимость процедуры пациентом и недостаточная подготовка к дистанционной лучевой терапии по причине несоблюдения пациентом предписаний врача или особенностей организма пациента может стать объективной причиной отказа врача от проведения медицинского вмешательства.
6. Я признаю право врача прервать дистанционную рентгенотерапию в случае, если в ходе лечения будет выявлена невозможность продолжения сеанса по физиологическим или анатомическим причинам; вследствие факторов, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; по техническим причинам; по иным не зависящим от воли врача или пациента обстоятельствам.
7. Я информирован(а) лечащим врачом о необходимости соблюдения после дистанционной лучевой терапии рекомендаций, изложенных в выписном эпикризе.
8. Я подтверждаю, что мне разъяснена возможность получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Выражаю своё согласие на получение в медицинской организации медицинских услуг на платной основе и готовность оплатить услуги по ценам действующего Перечня платных медицинских услуг, в том числе при возникновении расхождений между направлением моего лечащего врача, моей медицинской страховой организацией и тем, что я лично считаю необходимым провести и/или мне рекомендовано врачом медицинской организации.
9. Я даю разрешение официально публиковать информацию о проведенной дистанционной рентгенотерапии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать личность пациента.
10. Я имел(а) возможность задать медицинскому работнику (врачу) интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Вопрос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(**ФИО гражданина** либо законного представителя лица, признанного в установленном порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство, **полностью, дата, подпись**)

Медицинский работник:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач - |  |  |  |
|  | (специальность) |  | (ФИО полностью, дата, подпись) |

Отказ от выполнения лучевой терапии:

Я отказываюсь от проведения дистанционной рентгенотерапии информирован(-а) о последствиях невыполнения данного вида лечения. Мне в доступной форме объяснено о риске прогрессирования заболевания при отказе от рентгенотерапии неопухолевого заболевания и его альтернативном лечении.

Дата: 28.08.2024

ФИО пациента, Чекмак Дмитрий Алексеевич

Личная подпись пациента (или законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8022028002082200:00208022080220:2000:00280220