

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

**Лапароскопическая холецистэктомия**

Согласно ст. 20 Основ  
об охране здоровья граждан в Российской  
Федерации любое медицинское вмешательство,  
имеющее своей целью диагностику, профилактику  
или лечение заболевания, допустимо только после  
получения врачом добровольного  
информированного согласия пациента.  
Настоящее приложение является неотъемлемой  
частью медицинской карты пациента

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:

\*Статьи 20 Основ об охране здоровья граждан в Российской Федерации;

\*Статей 7, 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»;

\*Пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1066.

2. Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) **ООО «Центра косметологии и пластической хирургии» (далее Клиника)** необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

**3. Лапароскопическая холецистэктомия – оперативное вмешательство, выполняемое с лечебной целью, направленное на устранение источника камнеобразования (желчного пузыря с его содержимым) как причины прогрессирования желчно-каменной болезни, с использованием специальной лапароскопической техники и инструментов**

4. Абсолютными противопоказаниями к операции как к плановому изолированному вмешательству являются:

Местные - верифицированный ранее холедохолитиаз без проведенного лечения, либо приступы механической желтухи в анамнезе; синдром Мириizzi, другие разновидности билиодигестивных и билиобилиарных свищей; выраженный спасательный процесс в брюшной полости, значительно затрудняющий дифференцировку анатомических структур. Наличие функционирующего перитонеовенозного шунта, а также иных шунтирующих систем, предназначенных для сброса избыточного давления жидкости в брюшную полость (вентрикулоперитонеальных и др.) также относится к местным противопоказаниям.

Общие - легочная, сердечная недостаточность, в той степени тяжести, которая угрожает декомпенсацией при наложении пневмоперитонеума; хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения; острые заболевания; декомпенсированный сахарный диабет;

5. Относительными противопоказаниями к операции как к плановому изолированному вмешательству являются:

Местные - склероатрофический желчный пузырь; ранее предшествовавшие обширные вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости; грыжи передней брюшной стенки значительных размеров.

Общие - беременность в I и III триместре, а также состояния, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления выше 15 мм. рт. ст. ; период лактации; выраженное ожирение, затрудняющее анатомическое ориентирование в брюшной полости.

Онкологические заболевания;

Психические заболевания;

6. Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья. Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий. Я также понимаю, что многие описанные выше противопоказания к оперативному лечению носят местный характер и могут быть выявлены исключительно в ходе начатого вмешательства, в целях избежания неблагоприятных последствий описанных выше и далее вмешательство может быть как прервано, так и продолжено на усмотрение оперирующего хирурга с конверсией (расширением) операционного доступа.

Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемыми процедурами: в силу индивидуальных особенностей анатомии желчного пузыря и структур ворот печени - ранение внепеченочных желчных протоков (общий желчный проток, общий печеночный проток, правый печеночный проток), сосудов ворот печени (воротная вена, общая печеночная и правая печеночная артерии), связанные с этим внутрибрюшное кровотечение и желчеистечение, ранение печени и других органов брюшной полости, критическая кровопотеря, желчный или иной перитонит, абдоминальный и раневой сепсис, миграция клипс и желчных конкрементов в свободную брюшную полость, послеоперационная инфекция; послеоперационное кровотечение; деформация мягких тканей; неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, формирование поздней (отсроченной) гематомы, что может быть связано с особенностью моего организма; образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования; а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

7. Я добровольно даю согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам. Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

8. Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача и анестезиолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: \_\_\_\_\_

9. Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня заболеваниях: \_\_\_\_\_

и о применяемых мною медицинских препаратах: \_\_\_\_\_

10. Я сообщаю о своих вредных привычках: \_\_\_\_\_

11. Я сообщаю врачу обо всех сделанных мною ранее оперативных вмешательствах на передней брюшной стенке и органах брюшной полости: \_\_\_\_\_

12. Я понимаю, что во время операции или подготовки к ней могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я уполномочиваю моего врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

13. Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода.

14. Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги.

15. Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможной нетрудоспособности.

16. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной мне операции в сторонние медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты.

17. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.

18. О необходимости соблюдения рекомендации в послеоперационном периоде я проинформирован(а). Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья.

19. Мне разъяснены альтернативные методы лечения, такие как холистическая тоμία

20. Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Клинике.

21. Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.

22. Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

23. При появившихся вопросах можно связаться с лечащим врачом по тел. **+7(343) 228-28-28.**

**Согласие пациента**

24. Я \_\_\_\_\_  
 утверждаю, что у меня была возможность обсудить моё состояние и предлагаемое мне проведение медицинской услуги. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения.
25. Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех имеющихся у меня хирургических вмешательствах, аллергических реакциях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.
26. Я согласен(а) и разрешаю врачу Клиники \_\_\_\_\_  
 проведение лапароскопической холецистэктомии.
27. Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых врач сочтёт необходимыми.
28. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинских процедур в предложенном объёме.
29. Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться реакции не описанные выше. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья.
30. Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Клинике и моему врачу.
31. Мне объяснено, что решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.
33. Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.
32. Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства, и я имела достаточно времени для ее усвоения. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации.
33. Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение врачом своей обязанности по информированию меня, как пациента, о сущности оказываемой мне услуги.
34. Я даю согласие на клиническое фотографирование, понимая, что эти фотографии являются частью медико-юридической документации и останутся собственностью Клиники. Если использование этих фотографий (без лица, анонимно) может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения квалификации хирургов, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения или любых других целей, которые клиника сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое персональные данные не будут разглашены.
35. Мне разъяснено моим врачом, что у меня есть альтернатива пройти лечение с обследованием в рамках обязательного медицинского страхования в государственном медицинском учреждении, бесплатно.
36. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Второй экземпляр информационного листка и формы информированного согласия выдан мне на руки. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.
37. Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Клиники, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента или его законного представителя: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.