



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»
344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1ой Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство -
внутривлагалищное воздействие ультразвуком при заболеваниях женских половых
органов (ультразвуковая кавитация вульвы, влагалища, полости матки)**

г. Ростов-на-Дону

« _____ » _____ 202 _____ г.

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент,
паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

проживающий по адресу: _____

Телефон: _____

обратилась в ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее – Центр) для
проведения внутривлагалищного воздействия ультразвуком при заболеваниях женских
половых органов (ультразвуковая кавитация вульвы, влагалища, полости матки)

Мне, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о
методике внутривлагалищного воздействия ультразвуком при заболеваниях женских половых
органов (ультразвуковая кавитация вульвы, влагалища, полости матки) (далее - процедура).

- Я проинформирована врачом о том, что ультразвуковая кавитация (вульвы, влагалища,
полости матки) - это метод влагалищного и/или внутриматочного введения лечебных
препаратов с помощью низкочастотного ультразвука, оказывающий бактерицидное и
бактериостатическое действие и способствующий профилактике и лечению воспалительных
заболеваний женских половых органов. Мне известно, что ультразвуковая кавитация -
безопасная и эффективная процедура и используемый аппарат ультразвуковой хирургический
кавитационный «ФОТЕК» имеет регистрационное удостоверение №РЗН 2020/9643.

- Я ознакомлена с порядком и правилами лечебно-охранительного режима,
установленными в Центре и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача
Центра, клинико-лабораторных и диагностических исследований: анализа крови, анализа мочи,
электрокардиографии; рентгеновских, ультразвуковых исследований, осмотров и лечебных
мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний,
пункций, катетеризации периферических и центральных сосудов, мочевого пузыря.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена
дополнительно.

- Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах ультразвуковой
кавитации, альтернативных методах лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время
их проведения; поставлена в известность о том, что проводить лечение будет лечащий врач
Центра, обладающий специальной подготовкой при работе с аппаратом «ФОТЕК»:

Параметры и количество процедур, врач устанавливает для каждого пациента на текущей
процедуре индивидуально, согласно показаниям.

Лечащий врач/...../

Пациент/...../

- Я осведомлена о том, что процедура проводится с использованием лекарственных средств, разрешенных для влагалищного и внутриматочного введения. Лечебный эффект развивается через 14-28 дней после проведения курса лечения (4-8 процедур).

- Я предупреждена о возможных побочных эффектах: нежелательные явления могут наблюдаться после процедуры и являются временными. Нежелательные эффекты могут быть связаны с индивидуальной чувствительностью и/или с процедурой: чувство дискомфорта, болезненность при введении лекарственного средства. Редко встречающиеся нежелательные явления – чувство тяжести, незначительное повышение температуры тела.

- Я предупреждена, что в ряде случаев могут потребоваться повторные процедуры, в т.ч. в связи с возможной индивидуальной чувствительностью организма к процедуре, и даю свое согласие на это.

- Я согласна на запись хода процедуры на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе процедуры, мне понятен смысл используемых терминов, и лечащий врач, предоставляющий платную медицинскую услугу, дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, непредвиденных реакций и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, даже при условии оказания медицинской услуги с соблюдением всех необходимых требований. В таком случае я согласна на то, что дальнейший план оказания медицинской услуги может быть изменен лечащим врачом Центра по его усмотрению. Я понимаю, что каждый человек индивидуален, имеет свои анатомические и физиологические особенности, и даже самый опытный врач не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата лечения.

- Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу.

- Я проинформирована о возможных альтернативных методах для получения желаемого мною результата; о том, что могу получить данную услугу и в других организациях, в некоторых случаях на безвозмездной основе, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых услуг на возмездной основе в Центре.

- Я поставлена в известность о том, что мне необходимо немедленно сообщать лечащему врачу Центра о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых лекарственных средств.

- Я получила исчерпывающую информацию обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я согласна на применение всех вводимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

- Я осознаю цель процедуры, используемые методы и проинформирована в полном объеме о конечном результате. На основании чего я подтверждаю свое желание и даю в письменном виде свое согласие на оказание данной медицинской услуги (процедуры).

- Я предупреждена о противопоказаниях к применению процедуры: хронические заболевания в стадии декомпенсации; повышенная температура, острые инфекционные или неинфекционные заболевания, беременность и лактация. Я подтверждаю отсутствие у меня данных противопоказаний.

- Мне разъяснено, и я осознала, что проводимая процедура мне не гарантирует 100% результат и согласна с тем, что могут потребоваться и другие методы лечения.

-Я предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, назначений медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, полечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. И я обязуюсь в полном объеме исполнять все указания (рекомендации) лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу.

-Я поставила в известность лечащего врача Центра обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех ранее перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

-Я информирована о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

- Я согласна/не согласна (отметить **необходимое**) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я разрешаю/ не разрешаю (отметить **необходимое**) проводить анализ медицинской документации, касающийся моего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам Центра, независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительными органами.

Я подтверждаю свое волеизъявление: **подписью в соответствующей строке:**

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи».

Настоящее согласие мною прочитано, информация мною получена в полном объеме, я получила ответы на все заданные мною вопросы. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем нахождении и состоянии моего здоровья моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Пациент

подпись _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил Пациенту, суть медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы.

Лечащий врач (Ф.И.О.)

подпись _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.