

**Информированное добровольное согласие на выполнение медицинского
вмешательства для коррекции истмико-цервикальной недостаточности
(введения акушерского pessaria)**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я, _____ "___" _____ 20__ г. рожд.,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____

подтверждаю, что добровольно приняла решение о введении (удалении) акушерского pessaria в лечебном учреждении _____.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методика оказания медицинской помощи (введение акушерского pessaria), связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств (другие методы, применяющиеся в данной клинической ситуации), последствия применения акушерского pessaria, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от предложенного мне вида медицинского вмешательства (введения акушерского pessaria), или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получила информацию о том, что:

- использование акушерского pessaria направлено на профилактику преждевременного прерывания данной беременности;
- продолжительность нахождения акушерского pessaria во влагалище – от момента введения до 37-38 недели беременности или до начала родовой деятельности или до появления медицинских показаний для его удаления при возникновении некоторых акушерских ситуаций (заболеваний, осложнений);
- введение или удаление акушерского pessaria является строго врачебной манипуляцией;
- введение (удаление) акушерского pessaria процедура амбулаторная, но при необходимости может потребоваться госпитализация в стационар;
- в редких случаях может возникнуть ситуация, когда акушерский pessарий необходимо будет удалить, а затем снова вставить;
- при использовании акушерского pessaria нет противопоказаний к использованию дополнительных лекарственных препаратов;
- размер акушерского pessaria подбирает лечащий врач;
- в редких случаях могут возникнуть непредвиденные затруднения при введении акушерского pessaria. в подобных ситуациях введение акушерского pessaria откладывается, а при повторных неудачах предлагается другой метод лечения.

я предупреждена, что обязана строго следовать рекомендациям лечащего врача и через неделю после введения акушерского pessaria явиться к нему на осмотр.

Я информирована врачом, что при введении (удалении) акушерского pessaria возможны временные побочные эффекты: небольшая болезненность во время манипуляции.

Я информирована о том, что при проведении лечения в редких случаях могут возникнуть осложнения: аллергическая реакция на силикон или смазку; воспалительный процесс влагалища; самопроизвольное изгнание акушерского pessaria; в очень редких случаях возможен отек шейки матки; в крайне редких случаях акушерский pessarium при длительном ношении может самостоятельно проникать через стенку влагалища и попадать в брюшную полость; в очень редких случаях возможно ущемление шейки матки.

Я предупреждена, что обязана сообщить лечащему врачу до начала лечения обо всех перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях, хронических заболеваниях, а также принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах.

Я знаю, что о любых осложнениях и отклонениях от разъясненного мне обычного течения периода после введения (удаления) акушерского pessaria необходимо сообщить лечащему врачу по телефонам: _____ и прибыть в Клинику для осмотра.

Я знаю, что в случае невозможности, по объективным обстоятельствам, явиться на запланированный прием к лечащему врачу, я должна сообщить об этом в Клинику для назначения другой даты явки на прием.

Я подтверждаю, что ознакомилась с Публичным договором на оказание медицинских услуг _____, согласна с его условиями и понимаю суть приведенной в настоящем документе информации.

Я удостоверяю, что полученные разъяснения по поводу периодичности приема лекарственных препаратов в случае необходимости, противопоказания, побочные эффекты и взаимодействие лекарственных препаратов мне полностью понятны и, таким образом, даю информированное добровольное согласие на прием назначенных мне лекарственных средств.

Я удостоверяю, что полученные разъяснения сути медицинской услуги мне полностью понятны и, таким образом, даю информированное добровольное согласие на введение (удаление) акушерского pessaria.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

(дата оформления)