**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство – проведение** **импедансометрии.**

 **(А12.25.005)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу ,

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам АО «ИНТЕРСЛУХ» на проведение мне/моему представляемому:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. представляемого, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

на вид медицинского вмешательства: проведение импедансометрии с применением медицинского изделия аудиометр импедансный AT 235h-xp.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО)

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и диагнозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я знаю о наличии у меня /пациента повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским

препаратам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию осложнений со стороны уха или даже стать их причиной.

Цель медицинского вмешательства: получение объективной информации о состоянии слуха.

Суть медицинского вмешательства: метод объективного исследования функции среднего уха, степени подвижности барабанной перепонки и проводимости слуховых косточек (молоточек, наковальня, стремечко) путём создания вариаций давления воздуха в наружном слуховом проходе.

Согласно Клиническим рекомендациям «Сенсоневральная тугоухость» импедансометрия является способом диагностики проблем со слухом.

Мне разъяснено, что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, в том числе и увеличение стоимости лечения, о чем меня уведомит врач.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: наличие жидкости, заполняющей среднее ухо; поврежденные барабанные перепонки либо их повышенную подвижность; перекрытие канала слуховой трубы; тимпаносклероз или отосклероз; наличие отита среднего уха; невриномы и другие заболевания слуховых нервов; нарушения функции лицевого нерва; аденоидит. Кроме того, импедансометрия позволяет оценивать успехи при лечении острых отитов среднего уха, а также примерно определять степень снижения функции органов слуха при тугоухости сенсоневрального характера. Процедура является необходимым этапом при выборе слухового аппарата либо кохлеарного имплантата.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного лечения являются: оторея (выделения из уха), острое воспаление среднего и наружного уха, серная пробка; инородное тело, шунт барабанной перепонки, срок меньше 2х месяцев после перенесенной операции на ухе.

Мне разъяснено, что иные противопоказания к медицинскому вмешательству обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в моей медицинской документации и анкете пациента.

Мне разъяснены правила поведения при проведении импедансометрии: пациент находится в положении сидя, рядом с аппаратом. Врач устанавливает наконечник подходящего размера и формы на зонд и вставляет в слуховой проход и измеряет давление в наружном слуховом проходе.

 Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время проведения импедансометрии или после могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. Мне понятно, что выполнение данного медицинского вмешательства связано с определёнными рисками, а именно: болевыми ощущениями в ухе.

Я информирован(а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

Лечащий врач уведомил меня о возможных побочных реакциях и осложнениях после медицинского вмешательства: головокружение, заложенность ушей, шум в ушах. Данные побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства могут сохраняться до двух недель. Мне разъяснено и понятно, что строгое соблюдение рекомендаций врача поможет этого избежать.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: аудиометрия, слуховые вызванные потенциалы.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: определение состояния среднего уха, барабанной перепонки, евстахиевой трубы и определения тактики дальнейшего лечения. Однако поскольку результат данной медицинской услуги всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, результат медицинского вмешательства не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, и я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проводимого исполнителем лечения, без согласования с лечащим врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением, делающим невозможным завершить начатое исполнителем лечение.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я внимательно ознакомился(лась) и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен судом в дееспособности, не признан недееспособным вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина/законного представителя) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки.

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

 (Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)