**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство –исследование органа слуха с помощью камертона.**

**(A03.25.003)**

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: исследование органа слуха с помощью камертонов с применением медицинского изделия камертон диагностический Kirchner&Wilhelm GmbH+Co.KG.

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: обнаружить тугоухость, оценить ее вид (кондуктивная или нейросенсорная), и тип нарушения звукопроводимости (костная или воздушная).

Суть медицинского вмешательства: метод выявления слуховых нарушений при помощи камертонов. С целью проверки остроты слуха применяется трехкомпонентное тестирование, использующее вилкообразные акустические резонаторы - камертоны. Каждый камертон издает звук, который считается эталоном чистоты воспроизведения. Для определения слуховых расстройств применяют несколько высокочастотных и низкочастотных камертонов, охватывающих различные диапазоны. Камертональное исследование слуха позволяет выяснить, в какой из систем произошел сбой (звукоулавливающей, звукопроводящей, звуковоспринимающей), определить вид тугоухости (кондуктивная или нейросенсорная) и тип нарушения звукопроводимости (костная или воздушная).

Согласно Клиническим рекомендациям «нейросенсорная тугоухость» камертональное исследование 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: ухудшение слуха, шум в ушах, травма головы, нарушение речи.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного метода диагностики являются: акустическая травма в течение суток, наличие серных пробок, наличие гнойных выделений из уха, покраснения и отечность барабанной перепонки, свежая операция на органе слуха.

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 камертонального исследования: пациент находится в положении сидя в помещении.

Используются следующие методы исследования:

* Проба Ринне: врач активирует камертон легким ударом по его браншам. Сначала ножка инструмента ставится на сосцевидный отросток (находится за ухом) и держится до стихания звука. На втором этапе сами звучащие бранши подносятся к уху на расстояние 1 см. Пациент должен сказать, в каком случае звук слышен дольше (в норме – второй);
* Проба Вебера. Ножка звучащего камертона ставится на лоб. Пациенту нужно сказать, с какой стороны звук воспринимается сильнее;
* Проба Швабаха. Ножка инструмента ставится сначала на правый, затем на левый сосцевидный отросток. Пациент отмечает, с какой стороны звук сохраняется лучше.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время проведения камертонального исследования 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: головокружением, заложенностью ушей, болевыми ощущениями в ушах.

Лечащий врач уведомил меня о возможных побочных реакциях и осложнениях после медицинского вмешательства: заложенность в ушах, болевое ощущение в ушах, головокружение. 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 информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства: невозможность поставить точный диагноз и оценить степень потери слуха.

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.

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

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является: определение уровня потери слуха и механизма развития тугоухости. 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, эпилепсии, болезни Меньера 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)