**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство – удаление ушной серы**

**(А16.25.007)**

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: удаление ушной серы с применением медицинского изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 заключается в освобождении просвета наружного слухового прохода от серных масс.

Суть медицинского вмешательства: удаление скопления ушной серы, перекрывающей слуховой проход с помощью оториноларингологического крючка или с помощью подачи теплого стерильного раствора под давлением на ЛОР-комбайне.

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: снижение слуха, локальная боль и зуд в ухе, ощущение заложенности уха, появление характерного эха собственного голоса при разговоре, появление шума в ушах, обусловленные обтурацией наружного слухового прохода серными массами.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного лечения являются: перфорации барабанной перепонки или подозрении на неё; хронический средний отит; перенесенная операция на среднем ухе; вестибулярные нарушения (фистуле лабиринта, острый лабиринтит, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера); антикоагулянтная терапия; иммуносупрессивные заболевания; сахарный диабет; предварительная лучевая терапия области головы и шеи ;стеноз ушного канала или экзостозы, наличие шунта в барабанной перепонке, а также в первые 6-12 месяцев после удаления шунта.

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 удаления ушной серы: пациент во время процедуры находится в положении сидя. В случае сухой пробки врач производит удаление с помощью крючка. При невозможности удалить пробку крючком выполняется промывание слухового прохода пистолетом комбайна АТМОС.

 Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время проведения удаления ушной серы 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, воспалением кожи наружного слухового прохода (наружный отит), травмами кожи наружного слухового прохода, барабанной перепонки.

Лечащий врач уведомил меня о возможных побочных реакциях и осложнениях после медицинского вмешательства: заложенность в ушах, болевое ощущение в ушах, головокружение, подтекание жидкости из ушей, кровотечение, временное ухудшение слуха. 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), 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: медикаментозное растворение серных масс гигиеническими средствами для ухода за ушными раковинами.

Лечащий врач уведомил меня о том, что предполагаемым результатом медицинского вмешательства является освобождение просвета наружного слухового прохода от серных масс. 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)