**ООО Медицинский Центр «Эндокам»**

**г. Набережные Челны,**

**пр. Набережночелнинский, д. 5б**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ / ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС)**

Уважаемый пациент! Просим Вас внимательно прочитать все разделы этого документа и ответить на поставленные вопросы.

Рекомендованное Вам эндоскопическое исследование позволяет врачу осмотреть внутреннюю поверхность пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и выявить заболевания этих органов. В зависимости от показаний, оно производится в неотложном или плановом порядке. ЭГДС выполняется при помощи гибкого эндоскопа, который проводится в пищевод через рот; он не препятствует дыханию и не вызывает боли. С целью уточнения диагноза во время ЭГДС применяются дополнительные методы: биопсия (взятие образцов ткани на анализ). ЭГДС в амбулаторных условиях выполняется под местной анестезией. Средняя продолжительность исследования составляет 5-15 минут. Видеоматериалы и другие данные, полученные во время исследования, принадлежат лечебному учреждению и могут быть использованы для научных и образовательных целей.

ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ: ЭГДС проводится натощак, поэтому не следует есть, пить и курить, по меньшей мере, в течение 8 часов до исследования. Если Вы постоянно принимаете лекарственные средства, согласуйте режим и условия их приёма с врачом-эндоскопистом. Просим Вас прибыть в эндоскопический кабинет в назначенное время с паспортом, медицинской документацией и чистым полотенцем (или одноразовой впитывающей пелёнкой). В кабинете Вас встретят врач и медсестра; они помогут Вам подготовиться к проведению исследования и квалифицированно выполнят его.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: предстоящее Вам эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,1%) и максимально бережное выполнение, всё же несёт в себе риск возникновения следующих осложнений: 1) повреждение зубов; 2) повреждение органа; 3) кровотечение; 4) затруднение дыхания, пневмония; 5) сердечно-сосудистое расстройство; 6) местные и аллергические реакции; 7) обострение хронического заболевания. При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ: в течение 30 минут Вам не следует ничего есть и пить; если выполнялась биопсия, употребляйте охлаждённую пищу и напитки в течение суток. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 часа. При появлении необычных симптомов и тревожащих Вас обстоятельств в первые часы и дни после исследования необходимо обратиться в приёмный покой стационара по месту жительства.

АЛЬТЕРНАТИВА ЭГДС: эндоскопическое исследование является одним из самых достоверных методов диагностики. Однако, в силу объективных причин, его выполнение в полном объёме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Возможной альтернативой ЭГДС являются лучевые методы исследования: рентгеноскопия или компьютерная томография пищевода, желудка, 12-пёрстной кишки.

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭГДС И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы, связанные с предстоящим исследованием и меня полностью информировали о его назначении, особенностях проведения, возможных осложнениях и последствиях. Я доверяю врачу и его коллегам принять необходимое решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных заболеваниях (в том числе ВИЧ, гепатит), о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, о наличии беременности. Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

 ФИО пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО врача-эндоскописта: Хисамутдинов И.Г. Дата: Подпись и печать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_