

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **внутрисуставной пункции** врачом травматологом-ортопедом в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**

Медицинским работником, **врачом травматологом-ортопедом** _____,

в доступной для меня форме мне разъяснено:

Цель процедуры: Внутрисуставная пункция – это диагностическая и/или лечебная процедура, заключающаяся во введении стерильной иглы в полость сустава для получения образца синовиальной жидкости и /или введения лекарственных препаратов. Целью процедуры может быть:

- Диагностика причин воспаления, боли или отека сустава (например, при подозрении на инфекцию, артрит, подагру).
- Удаление избыточной жидкости или крови из сустава.
- Введение в полость сустава лекарственных средств, таких как глюкокортикостероиды, гиалуроновая кислота или антибиотики.

Описание процедуры: Перед выполнением пункции область сустава будет тщательно обработана антисептиком. Местная анестезия может быть применена для минимизации болевых ощущений. Затем врач введет стерильную иглу в суставную полость, выполнит необходимые манипуляции (аспирация жидкости или введение препарата) и извлечет иглу. На место пункции будет наложена стерильная повязка. Процедура может быть проведена под контролем УЗИ навигации.

Ожидаемые результаты: В зависимости от цели пункции, ожидается получение информации о природе заболевания сустава, уменьшение болевого синдрома и отека, а также достижение терапевтического эффекта от введенного препарата.

Возможные риски и осложнения: Несмотря на соблюдение всех правил асептики и антисептики, существуют потенциальные риски, включая:

- Боль или дискомфорт в месте пункции.
- Образование гематомы (синяка).
- Инфицирование сустава, которое может привести к развитию артрита.
- Аллергическая реакция на местные анестетики или введенные препараты.
- Повреждение внутрисуставных структур (крайне редко).

Альтернативы: В зависимости от ситуации, альтернативами могут быть другие методы диагностики (УЗИ, МРТ) или лечения (консервативная терапия, другие виды инъекций). Врач обсудит с вами целесообразность проведения пункции по сравнению с альтернативами.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением

случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО медицинского работника) (подпись)