

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 **внутрисуставного введения лекарственного препарата (блокада)** врачом травматологом-ортопедом в **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Риорит»**. Медицинским работником, **врачом травматологом-ортопедом** _____, в доступной для меня форме мне разъяснено:

Цели внутрисуставной блокады: Внутрисуставная блокада – это медицинская процедура, направленная на введение в полость сустава различных лекарственных препаратов (анестетиков, кортикостероидов, коллагена, гиалуроновой кислоты и др.) с целью купирования боли, уменьшения воспаления и восстановления функции сустава. Процедура проводится при таких состояниях, как артриты, артрозы, бурситы, тендиниты, а также при посттравматических состояниях.

Описание процедуры: Перед выполнением блокады зона вокруг сустава будет тщательно обработана антисептиком. Для минимизации болевых ощущений может быть применена местная анестезия. Затем врач с помощью стерильной иглы введет необходимый препарат непосредственно в полость сустава или прилегающие к нему ткани. Весь процесс проходит под строгим контролем для обеспечения максимальной безопасности. Процедура может быть выполнена под контролем УЗИ навигации. Препарат перед процедурой доктор назначает исходя из диагноза пациента, показаний и противопоказаний.

Ожидаемые результаты: В результате проведенной блокады ожидается значительное уменьшение или полное купирование болевого синдрома, снижение воспалительной реакции в суставе, а также улучшение его подвижности и функции. Эффект может быть как краткосрочным, так и длительным, в зависимости от характера заболевания и введенного препарата.

Возможные риски и осложнения: Несмотря на высокую эффективность и безопасность процедуры при соблюдении всех правил, существует ряд потенциальных рисков:

- Боль, отек или кровоизлияние в месте инъекции.
- Инфицирование сустава, что может потребовать дальнейшего лечения.
- Аллергические реакции на введенные препараты.
- Временное или стойкое нарушение функции сустава.
- Побочные эффекты от системного действия введенных препаратов (редко).

Альтернативы: Врачом были предложены альтернативные методы лечения, такие как консервативная терапия (медикаментозное лечение, физиотерапия, ЛФК) или, в некоторых случаях, хирургическое вмешательство. Я понимаю, что выбор внутрисуставной блокады обусловлен особенностями моего состояния и ее потенциальной высокой эффективностью.

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)