

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 **околосуставного 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:

Цель процедуры: Околосуставная блокада – это введение лекарственных препаратов (анестетиков, противовоспалительных средств, кортикостероидов) в ткани, окружающие сустав, такие как сухожильные влагалища, сумки, места прикрепления сухожилий или мышцы. Эта процедура назначается для купирования боли, снятия воспаления и отека в области сустава, которые могут быть вызваны травмами, артритами, бурситами, тендинитами или другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Описание процедуры: Процедура проводится в стерильных условиях. После обработки кожи антисептиком, врач может применить местную анестезию для уменьшения дискомфорта. Затем с помощью тонкой иглы введенный лекарственный препарат попадает в область, непосредственно прилегающую к пораженному суставу. Скорость и глубина введения контролируются для обеспечения максимальной эффективности и безопасности. Процедура может быть выполнена под контролем УЗИ навигации.

Ожидаемые результаты: Основные ожидаемые результаты включают быстрое облегчение боли, уменьшение воспаления и отека в области проведения блокады. Это способствует восстановлению нормальной функции сустава и улучшению качества жизни пациента. В зависимости от введенного препарата, эффект может быть как быстрым и кратковременным, так и более продолжительным.

Возможные риски и осложнения: Хотя околосуставная блокада является относительно безопасной процедурой, существуют потенциальные риски:

- Боль, покраснение или отек в месте инъекции.
- Образование гематомы (синяка).
- Аллергическая реакция на введенный препарат.
- Инфекционные осложнения (редко).
- Повреждение окружающих тканей.
- Временное обострение боли.

Альтернативы: Врачом были предложены альтернативные методы лечения, такие как пероральный прием лекарств, физиотерапия, лечебная физкультура или другие виды инвазивных процедур. Я понимаю, что околосуставная блокада выбрана как наиболее оптимальный вариант для моего текущего состояния.

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)