

Информированное согласие на обследование и лечение в ГБУ АО «АКОД»

Уважаемый пациент, Вы поступаете в ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» для стационарного/амбулаторного лечения/обследования в условиях _____ отделения.

Для правильной установки диагноза, назначения своевременного и оптимального лечения Вашего заболевания лечащему врачу необходима достоверная информация о развитии, течении, симптомах и возможных причинах Вашего заболевания.

Возможно, Вам предстоит инвазивное диагностическое или лечебное мероприятие: забор биологических жидкостей на исследование, установка катетера в периферические и центральные сосуды, инфузионная терапия, различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости, лапароцентез и.д.), лучевые методы диагностики с использованием рентген-контрастных веществ, диагностическое выскабливание матки и гистероскопия, электрокоагуляция, переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей, подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопии с катетеризацией мочеочников) с возможной лечебно-диагностической биопсией, плановая электроимпульсная терапия, операционная и пункционная биопсия, плазмафорез, перевязки и т.д.

Данные исследования или лечебная процедура необходимы для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения и скорейшего Вашего выздоровления. Мы информируем Вас, что в ходе исследования или лечебной процедуры могут возникнуть осложнения, для устранения которых могут потребоваться различные мероприятия, в том числе и оперативные.

Полное отсутствие осложнений не может гарантировать ни один врач.

Подробности специального лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического) будут Вам объяснены лечащим врачом.

О состоянии своего здоровья, диагнозе, планируемых методах лечения прошу информировать в полном объеме ниже перечисленных лиц (Ф.И.О., степень родства):

1. _____

2. _____

Другим, обращающимся за информацией лицам, прошу ее не предоставлять.

Я(Ф.И.О) _____

Полностью информирован врачом о необходимости дачи достоверной информации о моем заболевании, возможном проведении диагностических исследований, лечебных процедур и вероятных осложнениях, согласен _____ (подпись пациента)

« _____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____)