

## Согласие пациента на выполнение медицинской процедуры ДУВЛ (ЛИТОТРИПСИИ)

Я (или представитель пациента) ..... своей подписью подтверждаю, что получил/-а предоставленную медсестрой/врачом информацию о проведении плановой процедуры литотрипсии и о применении седативно-анальгетических препаратов при выполнении этой процедуры.

Я проинформирован/-а, что 4 часа перед проведением процедуры нельзя есть и пить. Через 1 час после процедуры можно пить и принимать пищу.

Я поставил/-а в известность анестезиолога о своих заболеваниях и - если такие были - аллергических реакциях, о регулярно употребляемых лекарствах для разжижения крови, о лекарствах для регулирования кровяного давления и сердечной деятельности. Также я проинформировал/-а врача о наличии зубных протезов и сердечного стимулятора.

Меня проинформировали, и я понял/-а, что во время выполнения процедуры будут использованы успокоительные и расслабляющие наркотические медикаменты, которые влияют на способность работать и концентрироваться. Я соглашаюсь с этим и обязуюсь в течении 12 часов после проведения процедуры не управлять транспортным средством, а также обеспечить сопровождающую персону, которая поможет мне добраться до дома. Я соглашаюсь и обязуюсь не употреблять алкоголь и не выполнять действия, которые требуют концентрацию и могут быть угрозой для здоровья и жизни – моей или находящихся рядом людей.

Я проинформирован/-а, что во время выполнения процедуры в редких случаях могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые могут повлиять на ход процедуры.

Я проинформирован/-а, что в первые дни после процедуры моча может быть красного цвета и это не является осложнением. В редких случаях во время процедуры или после неё могут возникнуть сильные боли, озноб, может повыситься температура тела до 37,5<sup>0</sup> С. В таких случаях требуется консультация лечащего врача или вызов неотложной медицинской помощи (тел. 113).

Подпись .....

Дата .....