

Согласие пациента на проведение медицинской процедуры – фиброгастроскопии

Имя, фамилия _____

Персональный код _____

Я (или опекун пациента) _____

своей подписью подтверждаю, что получил/-а информацию о планируемой процедуре от медсестры/врача.

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

Я проинформирован/-а, что в редких случаях во время обследования могут возникнуть осложнения (выраженные боли в животе, кровотечение, разрыв органов), которые потребуют стационарного лечения или хирургического вмешательства.

Я проинформирован/-а, что во время обследования применяются успокаивающие медикаменты, которые оказывают влияние на способность концентрироваться и выполнять работу, поэтому я подтверждаю, что в течении 12 часов после седации (употребления медикаментов) я не буду управлять транспортным средством; я не буду выполнять работы, где требуется концентрация и может возникнуть угроза моему здоровью или жизни, или здоровью и жизни людей, находящихся рядом; а также я не буду работать с опасными, механическими и электрическими устройствами, не буду подписывать документов, не буду употреблять алкоголь.

Я проинформирован/-а о стоимости обследования и консультации и готов/-а покрыть данные расходы в определённом размере и порядке.

Я получил/-а один экземпляр описания процедуры.

Пациента: _____
(имя, фамилия)

(подпись)

Дата: _____

Время: _____

