

Согласие пациента на проведение медицинской процедуры ДУВЛ ЛИТОТРИПСИИ

Имя, фамилия _____

Персональный код _____

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 в это время.

Я проинформирован/а, что 4 часа перед проведением процедуры нельзя есть и пить.

Я поставил/а в известность анестезиолога о заболеваниях и аллергических реакциях, если такие были, 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 домой. 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 37,5⁰ С. В таких случаях требуется консультация лечащего врача или вызов неотложной медицинской помощи (тел. 113).

Пациента: _____

(имя, фамилия)

(подпись)

Дата: _____

Время: _____

