



Інформована згода на ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЮ

Нижчепідписана особа.....

Місце народження//.....,..... адреса проживання

Тел. / Електронна пошта

Батько/мати/законний опікун пацієнта.....

Заявляю про власну проінформованість чітким, всебічним чином про показання та метод проведення **ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ** (EGDS), після того, як мною було прочитано цей документ та проведено попереднє інтерв'ю з лікарем-спеціалістом. EGDS проводиться за допомогою гнучкої трубки, яка вводиться через ротову порожнину і має на меті дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки.

Я ПОГОДЖУЮСЯ

на отримання діагностичних зразків та/або терапевтичне втручання “низького ризику” (як визначено в італійських та європейських настановах):

- **ГІСТОЛОГІЧНІ ЗРАЗКИ (біопсії);**
- **РЕЗЕКЦІЯ, ПОЛІПЕКТОМІЯ, АБЛЯЦІЯ уражень стандартного розміру**

Мені повідомили, що процедура пов'язана з деякими побічними ефектами, які можуть бути серйозними:

- *кровотеча: <10 % у разі терапевтичних процедур;*
- *перфорація: 0,5 % у разі діагностичних тестів, <2 % у разі терапевтичних процедур*
- *смертність 0,25 %.*

Мені повідомили, що клінічний стан після обстеження може характеризуватися потребою у деяких діях, зокрема у невідкладній хірургічній операції та/або переливанні крові.

- **СЕДАЦІЯ та ЗНЕБОЛЕННЯ**, спрямовані на зменшення болю/дискомфорту з можливістю введення антагоністичних препаратів для досягнення адекватного пробудження.

Мені повідомили, що *помірна/глибока* седация пов'язана з ризиком виникнення специфічних небажаних явищ:

- *алергічні реакції (бронхоспазм та/або кропив'янка);*
- *зміна артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та ритму;*
- *зупинка дихання та/або серця (0,001-0,003 %) та смертність (<0,0003 %).*

Якщо я піддаюся седатії/знеболенню, мені повідомили, що я зможу покинути клініку лише у супроводі дорослого, що мені заборонено керувати транспортними засобами або виконувати дії, які вимагають нормального стану свідомості/пильності протягом наступних 12 годин.

Погоджуюся з такою ж наступним: у разі необхідності під час обстеження лікар на свій розсуд може приймати інші діагностичні та терапевтичні рішення, які можуть відрізнятися від передбачених.

У мене був час і можливість поставити всі питання, які я вважала/в доцільними, і я отримала/в вичерпні відповіді на тему, яка є повністю зрозумілою, і які мене задовольняють.

Відповідно до вищевикладеного та з повною свободою судження,

Згода, складена за моделлю, запропонованою Італійським товариством ендоскопії травного тракту (ред. 2019 р.)

Я ЗГОДЕН

- до запропонованого режиму , включаючи будь-які пов'язані та додаткові маневри, маючи при цьому можливість у будь-який час – за допомогою офіційної та аргументованої заяви – змінити це рішення;
- на обробку персональних даних , після ознайомлення з чинним законодавством щодо конфіденційності персональних даних, зокрема конфіденційних даних про здоров'я, і попереднього ознайомлення із Законодавчим указом. 196/2003.

Дата

Підпис пацієнта / опікуна _____

ВИСНОВОК ЛІКАРЯ

Я, нижчепідписаний, лікар, підтверджую, що пацієнт має повністю розуміють вищезазначене, включаючи адміністративні та медико-правові аспекти, і що показання до обстеження є відповідними:

Індикація.....

Попередній іспит

Супутні захворювання

Знайомство К.....

Антитромботерапія . аспірин ☐ ; клопідогрель ☐ ; NAO ☐ ; варфарин ☐
в роботі ☐ ; призупинено ☐ від н. дд ; міст до НМГ ☐

лікаря Підпис свідка.....

Я, нижчепідписаний, поінформований Dr.....

Я НЕ ЗГОДЕН

провести ендоскопічне дослідження, незважаючи на усвідомлення того, що моя відмова може завдати шкоди моєму здоров'ю, хоча безпосередня загроза моєму життю не загрожує. Я розумію , що у разі погіршення стану мого здоров'я, що загрожує моєму життю, медичні працівники все одно вживатимуть усіх необхідних заходів для вирішення цієї ситуації відповідно до чинних нормативних актів.

xxxxxx

Підпис пацієнта /опікуна _____