

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЮ (ЭЭГ)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. Я, Сергеев Сергей Сергеевич, являющийся законным представителем Иванова Ивана Ивановича (в дальнейшем - Пациент) , настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве - ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ (ЭЭГ)

В настоящее время Пациент принимает следующие лекарственные средства:

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений. Врач сообщил мне что, противопоказания для проведения данного исследования отсутствуют.

2. Суть медицинского исследования:

ЭЭГ основана на суммарной регистрации биоэлектрической активности отдельных зон, областей, долей мозга. Электрическая активность мозга мала и выражается в миллионных долях вольта, её можно зарегистрировать лишь при помощи специальных высокочувствительных приборов и усилителей, которые называются электроэнцефалографами.

При проведении исследования проводится наложение на поверхность черепа металлических пластинок (электродов), которые соединяют проводами со входом аппарата. На выходе его получается графическое изображение колебаний разности биоэлектрических потенциалов живого мозга, называемое электроэнцефалограммой (ЭЭГ). Для уменьшения электрического сопротивления поверхность головы смазывается специальным гелем.

Польза ЭЭГ заключается в возможности установить нарушения электрической деятельности головного мозга, по которым можно определить тяжесть и локализацию поражения, а также верифицировать эпилепсию и степень ее компенсации на фоне противоэпилептической терапии.

Мне разъяснены основные этапы исследования. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время ЭЭГ или после могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. Я информирован, что во время проведения исследования мне будет проведена проба с фотостимуляцией (оценка ЭЭГ на фоне вспышек света). У человека, страдающего эпилепсией, существует крайне малая вероятность провокации эпилептических припадков во время этой пробы.

Я проинформирован(а), что в случае возникновения, эпилептических припадков во время этой пробы, пациенту будет оказана профессиональная помощь.

4. Я информирован(а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. Я поставлен(а) в известность, что альтернативных методик оценки электрической активности головного мозга, кроме ЭЭГ и ее вариантов (напр, длительное ЭЭГ мониторирование, видео-ЭЭГ и т.д.) не существует.

6. Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства.

Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства.

Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства может привести к неправильной диагностике состояния здоровья представляемого, что может повлечь неправильную тактику лечения и не позволит достичь желаемого лечебного результата.

7. Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемый мне вид исследования с лечащим врачом.

Мне разъяснены состояние здоровья Пациента и характер медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Мне, в доступной форме объяснено значение всех специальных медицинских терминов. На все свои вопросы я получил/ла полностью удовлетворившие меня ответы. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения

8. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал ООО «Медичел» провести Пациенту медицинское вмешательство – ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЮ (ЭЭГ)

9. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

10. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь :

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Законный представитель Сергеев Сергей Сергеевич

/подпись/

Паспорт серия0000 номер000000

выдан ГУ УУ РФ код подразделения 200-000 дата выдачт «1» января 2020

Специалист _____

/подпись/

«_____» _____ 202__ г.

