

Informed consent statement

Title: Gastroesophageal reflux disease in esophageal atresia children: national cohort, prospective study.

Written informed consent was obtained from patient.

The format of consent form is shown as following:

Приложение 1
к приказу директора
РНПЦ детской хирургии
от 10.06.19 № 37

Форма

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛОЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет или лиц, признанных в установленном порядке недееспособными

Мне _____
(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется))
законному представителю (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – подчеркнуть
необходимое) ребенка/лица, признанного в установленном порядке недееспособным,

(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется), год рождения ребенка или лица, признанного в
установленном порядке недееспособным, вписывается собственноручно законным представителем)

Этот раздел бланка заполняется только лицами, достигшими возраста 18 лет

Мне, _____
(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется), год рождения пациента)

в доступной и понятной для меня форме, даны полные и всесторонние разъяснения о:
состоянии моего здоровья (здоровья представляемого мной лица);
результатах проведенного обследования, диагнозе и прогнозе заболевания;
выбранных методах оказания медицинской помощи;
о необходимости проведения сложного медицинского вмешательства;
цели проведения сложного медицинского вмешательства, его эффективности,
связанного с ним риска, прогнозируемых результатах, в том числе вероятности развития
непредвиденных обстоятельств и осложнений во время проведения сложного медицинского
вмешательства, которые могут потребовать изменения хода проведения медицинского
вмешательства.

Я предупрежден(-а) и понимаю, что проведение сложного медицинского
вмешательства сопряжено с рисками возникновения осложнений, в том числе летального
исхода. Основными возможными осложнениями хирургического лечения являются: раневые
осложнения (кровоточивость, кровотечение, образование гематом, серьезных скоплений
жидкости, инфильтратов, повреждение близлежащих органов и тканей); тромбозомболические
осложнения; развитие в послеоперационном периоде болевого синдрома, в том числе
хронического; инфекционные осложнения (нагноения раны, пневмония и другие); обострение
сопутствующей хронической патологии; аллергические реакции (вплоть до
анафилактического шока), нарушения ритма сердца, острые нарушения мозгового
кровообращения, острая почечная и печеночная недостаточность, синдром полиорганной
недостаточности.

Я поставил(-а) в известность врача обо всех известных мне проблемах, связанных с
моим здоровьем (здоровьем представляемого мной лица), в том числе об аллергических
реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств:

(лекарственное средство и аллергическая реакция вписываются собственноручно пациентом
или его законным представителем)

Я согласен(-а) на запись хода проведения медицинского вмешательства на
информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием
исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с условием сохранения
врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы,
степени риска и пользе проведения сложного медицинского вмешательства, и врач
понятные мне исчерпывающие ответы.

На основании полученной информации я даю информированное добровольное
согласие на проведение сложного медицинского вмешательства:

Юракоскицкий Алексей Николаевич Горакоскицкий
(название медицинского вмешательства вписывается собственноручно пациентом
или его законным представителем)

Я информирован(-а) о том, что настоящее письменное согласие может быть отозвано
мной, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось,
прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможен и (или) связан
угрозой для жизни и (или) моего здоровья (здоровья представляемого мной лица).

Я _____
(фамилия, собственное имя, отчество вписывается собственноручно пациентом
или его законным представителем)

подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное

10 ч 00 мин 21 02 2020 г.

21 02 2020 г.

(подпись пациента/законного представителя)

(должность, Ф.И.О. врача-специалиста, подпись)

