

**ИНФОРМИРОВАННОЕ (ДОБРОВОЛЬНОЕ) СОГЛАСИЕ**  
на выполнение диагностических исследований, лечебные мероприятия, оперативное  
вмешательство «гастрошунтирование», в том числе переливание крови и ее компонентов

**Настоящее информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
составлено в соответствии со статьями 13, 19-23, 30-40 Федерального закона  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г.  
№323-ФЗ и Приказом Министерства здравоохранения от 03.08.1999 года №303**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, находясь на лечении в хирургическом отделении № 3 (центр реконструктивной и восстановительной хирургии) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД» по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования, мероприятия, в том числе переливание крови и/или ее компонентов, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости анестезиологическое пособие и оперативное вмешательство, связанные с лечением моего заболевания, а именно **«Морбидного ожирения»**.

1) Мне лично разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также порядок всех необходимых диагностических мероприятий и медицинского вмешательства.

2) Меня информировали о способе оперативного лечения морбидного ожирения, а именно **«гастрошунтирования»**. Мне разъяснено, что данная операция не является косметической, а выполняется с целью лечения морбидного ожирения. Меня информировали об операции «гастрошунтирование», мне разъяснены все медицинские термины, мне понятны принципы операции и послеоперационного ведения, изложенные в приложении №1 (является неотъемлемой частью информирования согласия).

3) Я информирован(а) об альтернативных методах лечения данного заболевания (диетотерапия, психотерапия, медикаментозное лечение, физиолечение, иглорефлексотерапия, комбинированное консервативное лечение, дозированные физические нагрузки, **другое** \_\_\_\_\_).

4) Мне разъяснены возможные последствия отказа от предлагаемой операции, так как морбидное ожирение является фактором риска развития внезапной смерти и таких соматических заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания костно-мышечной системы, периферических вен и **другое** \_\_\_\_\_.

5) Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций, в том числе переход при лапароскопическом доступе к открытому способу операции. Я доверяю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего здоровья, и даю на это согласие.

6) Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов, если в этом возникнет необходимость.

7) Мне известно, что во время операции могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые могут изменить объем хирургического вмешательства, на что я даю добровольное согласие.

8) Содержание указанных медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая утрату трудоспособности, отсутствие субъективного или объективного эффекта, непреднамеренное причинение вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода мне разъяснены и понятны.

9) Я предупрежден(а) о том, что во время и/или после операции могут возникнуть осложнения, как связанные с оперативным вмешательством, так связанные с индивидуальными особенностями моего организма (учитывая лишний вес, отягощенную наследственность, сопутствующие соматические заболевания, вредные привычки, **другое** \_\_\_\_\_)

**и даю согласие на медицинское вмешательство.**

10) Я предупрежден(а), что после операции **гастрошунтирование** возможно развитие обще хирургических осложнений (нагноение раны, тромбоз, тромбоз, пневмония, образование гипертрофических келоидных рубцов, потеря крови, нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы и других систем жизнедеятельности организма, другое \_\_\_\_\_)

Пациент и/или его представитель: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Леч. Врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_\_

а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

**а)** скопление тканевой жидкости или крови в области операционной раны, что может потребовать её дренирования или пункции, возможно, что эти процедуры необходимо будет выполнять несколько раз;

**б)** кровотечение из капсулы селезёнки, и при невозможности его остановки другими способами может потребоваться удаление селезёнки;

**в)** несостоятельность швов на органах пищеварительного тракта, а также швов брюшной стенки, в некоторых ситуациях возникновение подобных осложнений может потребовать неоднократной хирургической ревизии под общим наркозом;

**г)** возникновение язвы в выходном отделе желудка в отдалённые сроки после операции; вероятность язвообразования выше у курящих пациентов;

**д)** возникновение послеоперационной грыжи, особенно при переходе к открытому доступу;

**е)** возможны побочные эффекты, связанные с недостаточным потреблением питательных веществ (белка, минералов, витаминов): слабость, анемия, гиповитаминозы, деминерализация костной ткани, другое \_\_\_\_\_,

возникновение побочных эффектов наблюдается в тех случаях, когда пациент отказывается принимать необходимые пищевые добавки, либо употребляет недостаточно белка с пищей;

**ж)** геморрой, трещина заднего прохода, острый парапроктит, фурункулёз;

**з)** описаны случаи развития после **гастрошунтирования** таких осложнений, как эмболия лёгочной артерии, в том числе со смертельным исходом.

**Учитывая все вышеперечисленное, я даю согласие на операцию.**

11) Я предупрежден(а), что на передней брюшной стенке останутся постоянные послеоперационные рубцы (вертикальный или горизонтальный); точные характеристики этих рубцов не могут быть чётко определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания. Подобные косметические дефекты могут быть устранены при последующей пластической операции

12) Я предупрежден(а), что после данной операции возможно возникновение непереносимости отдельных пищевых продуктов в виде тошноты, рвоты, вздутия живота, спастических болей в животе; подобная непереносимость является индивидуальной и предсказать её до операции невозможно.

13) Я предупрежден(а), что в первые месяцы после операции возможно возникновение и/или усиленное выпадение волос; данное явление временное и обычно проходит к концу первого года.

14) Я предупрежден(а), что обычным последствием операции **минигастрошунтирования** является частый жидкий стул 4 – 6 раз в сутки; в большинстве случаев через 3 – 6 месяцев устанавливается регулярный стул 2 раза в сутки, меня предупредили, что стул может остаться частым (более 4 раз) на протяжении всей жизни.

15) Я предупрежден(а), что ожидаемое снижение веса в среднем составляет 65 – 75 % от исходного избытка массы тела в течение 16 – 18 месяцев, однако возможны отклонения от данных значений, как в большую, так и в меньшую сторону; прогнозировать точно окончательную потерю массы тела заранее невозможно. В ряде случаев после оперативного лечения может наблюдаться незначительное восстановление массы тела в пределах 3 – 5 кг. Учитывая это, я даю согласие на операцию.

16) Меня информировали, что последствием снижения массы тела является образование кожно-жировых складок на животе, плечах, бёдрах. О подобных косметических дефектах я предупреждена и даю согласие на оперативное лечение.

17) **Меня информировали, что после операции гастрошунтирования необходима пожизненная заместительная терапия – приём поливитаминов, микроэлементов, жирорастворимых витаминов, препаратов кальция и железа.** В ряде случаев может потребоваться приём противоязвенных препаратов в течение до 3-х месяцев после операции. Я предупрежден(а) и я даю согласие на оперативное пособие.

18) Меня информировали, что **после операции гастрошунтирования необходимо регулярное наблюдение у специалиста-хирурга:** один раз в три месяца в течение первого года, один раз в шесть месяцев в течение второго года, далее – ежегодно в соответствии с датой проведённой операции. **В эти же сроки необходим лабораторный контроль.**

19) Я предупрежден(а), что **в период интенсивного снижения массы тела (в течение 18 – 24 месяцев после операции) беременность противопоказана.** В последующем

Пациент и/или его представитель: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Леч. Врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_\_

беременность возможна, но необходимо наблюдение со стороны специалиста и ежедневный приём препаратов фолиевой кислоты.

20) Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точной наукой и что даже авторитетный специалист не может гарантировать результат. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны Врачом или кем-либо другим в отношении будущих результатов.

21) Я даю (не даю) согласие на присутствие в операционной других медицинских работников и студентов медицинских вузов и колледжей, других посторонних наблюдателей исключительно в медицинских, научных или других обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

22) Я даю разрешение **Врачу** и его ассистентам проводить фотографирование и видеосъемку. Моё разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

23) Я согласен(сна) на проведение курса антибактериальной терапии в целях профилактики инфекционных осложнений.

24) Я поставил(а) в известность врача об аллергических проявлениях и/или индивидуальной непереносимости лекарственных средств \_\_\_\_\_ (указать какие).

25) **Я понимаю, что курение увеличивает опасность развития осложнений. Мне была разъяснена необходимость отказа от курения за 3 недели до планируемой операции.**

26) Я подтверждаю, что в течение 3-х недель Я не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

27) Я предупрежден(а) о необходимости ограничения в послеоперационном периоде физических нагрузок в течение до 3-х месяцев.

28) Я предупрежден(а) о соблюдении послеоперационного режима: в стационаре, согласно предписанного режима питания и диеты, после выписки из стационара, согласно рекомендаций отраженных в выписном эпикризе, с учетом рекомендаций диетолога.

29) Я согласен(на) на передачу информации о моем состоянии и факте пребывания в больнице в справочную больницы, моим родителям и другим членам семьи \_\_\_\_\_.

30) Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

31) Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.

32) Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие на выполнение диагностических исследований, лечебные мероприятия, оперативное вмешательство «гастрошунтирование», в том числе переливание крови и ее компонентов.**

33) Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами лечебно - охранительного режима, установленного в стационаре НУЗ ДКБ и обязуюсь соблюдать их. Мне известно, что в случае нарушения этих правил я буду немедленно выписан(а) из больницы.

**Своей подписью Я удостоверяю, что Я ознакомился (ознакомилась) с приведенной выше информацией, что полученные мною разъяснения меня полностью удовлетворяют, что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю своё согласие на операцию.**

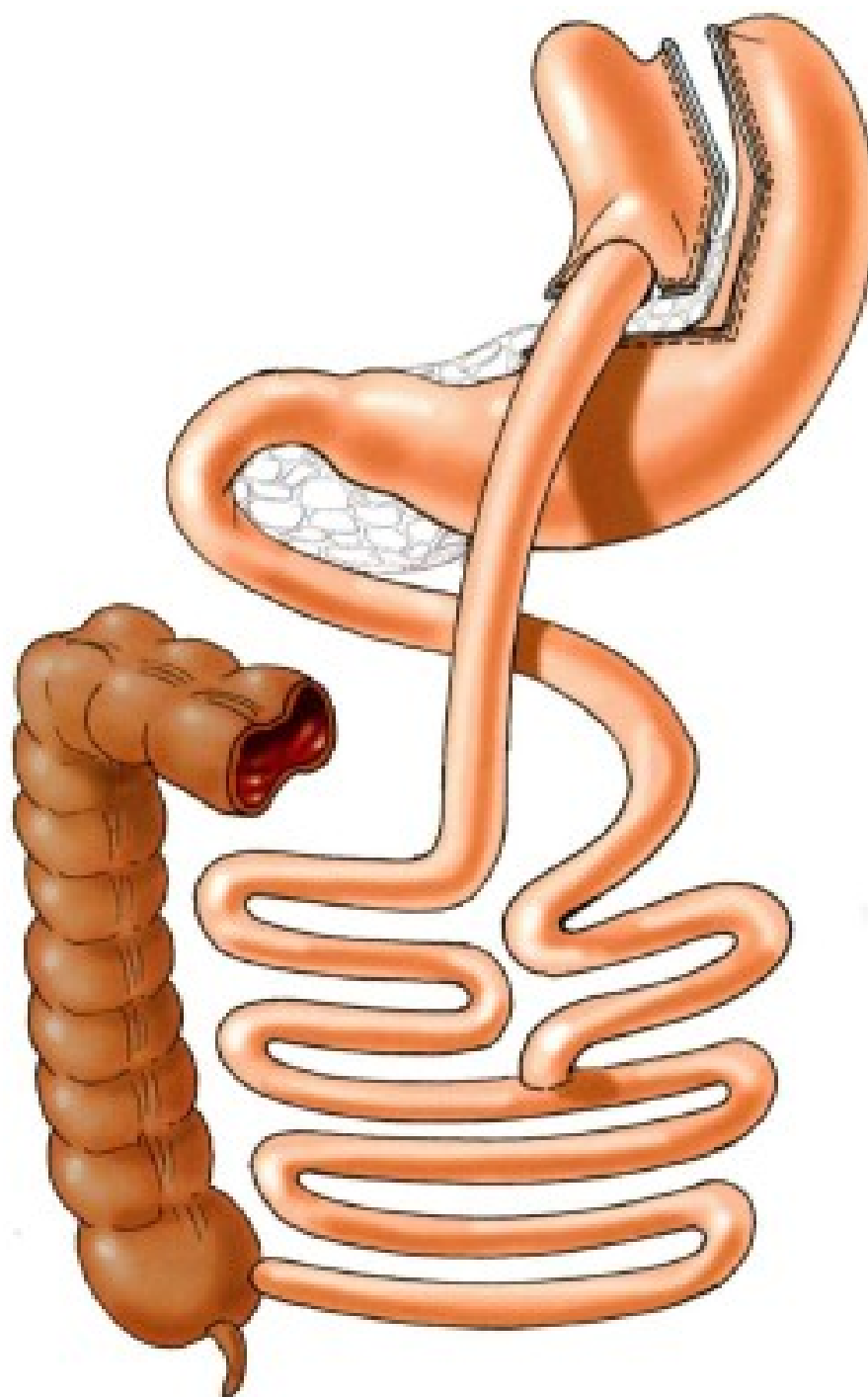
Пациент и/или его представитель: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Леч. Врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_\_

СХЕМА  
ОПЕРАЦИИ «ГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ»



Пациент и/или его представитель: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Леч. Врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_\_