

ИНФОРМИРОВАННОЕ (ДОБРОВОЛЬНОЕ) СОГЛАСИЕ
на выполнение диагностических исследований, лечебные мероприятия, оперативное
вмешательство «продольная резекция желудка»,
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 **«продольной резекции желудка»**. Мне разъяснено, что данная операция не является косметической, а выполняется с целью лечения морбидного ожирения. Меня информировали об операции «продольная резекция желудка», 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) В ряде случаев существует вероятность недостаточного эффекта от **продольной резекции желудка**, при этом в дальнейшем может потребоваться выполнение шунтирующей операции на тонкой кишке для улучшения результата. Недостаточное снижение массы тела либо частичное её восстановление возможно при излишне частой еде, а также при употреблении большого количества высококалорийной пищи в жидком и полужидком виде.

9) Содержание указанных медицинских действий, связанный 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.

10) 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.

Пациент и/или его представитель: _____

(Ф.И.О., подпись)

Леч. врач: _____ (Ф.И.О., подпись)

Дата: _____

11) Я предупрежден(а), что после операции **продольная резекция желудка** возможно развитие обще хирургических осложнений (нагноение раны, тромбофлебит, тромбоземболия, пневмония, образование гипертрофических келоидных рубцов, кровопотеря, нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы и других систем жизнедеятельности организма, другое _____),

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) слабость, анемия, гиповитаминозы, деминерализация костной ткани - побочные эффекты в послеоперационном периоде, связанные с недостаточным потреблением питательных веществ (белка, минералов, витаминов);

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

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

Учитывая все вышеперечисленное, я даю согласие на операцию.

12) 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.

13) 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.

14) Я предупрежден(а), что в первые месяцы после операции возможно возникновение и/или усиленное выпадение волос.

15) Я предупрежден(а), что обычным последствием операции **продольной резекции желудка** 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.

16) 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.

17) 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.

18) Меня информировали, что после операции **продольная резекция желудка 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 даю согласие на операцию.

19) Я предупрежден(а), что после операции **продольная резекция желудка 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 проведенной операции. В эти же сроки необходим лабораторный контроль.

20) 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.

21) 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.

22) 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 учетом сохранения врачебной тайны.

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

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

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

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

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

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

29) 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.

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

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

32) 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.

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

34) 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.

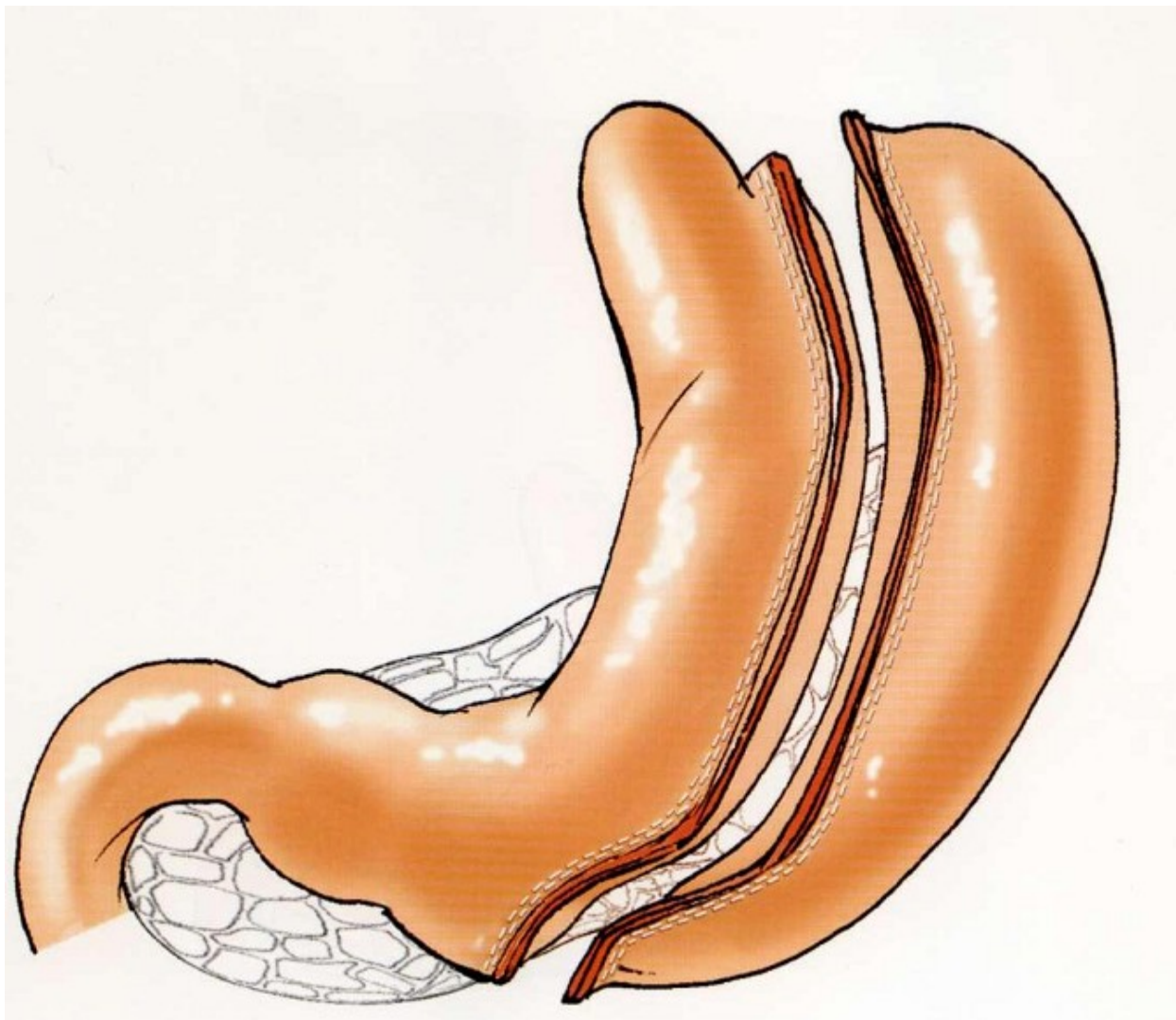
Пациент и/или его представитель: _____

(Ф.И.О., подпись)

Леч. врач: _____ (Ф.И.О., подпись)

Дата: _____

СХЕМА
ОПЕРАЦИЯ «ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА»



Пациент и/или его представитель: _____

(Ф.И.О., подпись)

Леч. врач: _____ (Ф.И.О., подпись)

Дата: _____