

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ / ВМЕШАТЕЛЬСТВА.**

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС).

Уважаемый пациент! Просим Вас внимательно прочитать все разделы этого документа. Будем рады более подробно обсудить их с Вами и с близкими Вам людьми.

Рекомендованное Вам эндоскопическое исследование позволяет врачу осмотреть внутреннюю поверхность пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и выявить заболевания этих органов. В зависимости от показаний, оно производится в неотложном или плановом порядке. ЭГДС выполняется при помощи гибкого эндоскопа, который проводится в пищевод через рот; он не препятствует дыханию и не вызывает боли. С целью уточнения диагноза во время ЭГДС применяются дополнительные методы: хромокопия (окраска слизистой оболочки), рН-метрия (исследование кислотности), биопсия (взятие образцов ткани на анализ). ЭГДС, как правило, выполняется после премедикации под местной анестезией, а в необходимых случаях - под внутривенной седацией или под наркозом. Средняя продолжительность исследования составляет 20-30 минут. Видеоматериалы и другие данные, полученные во время исследования, принадлежат клинике и могут быть использованы для научных и образовательных целей.

ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ: ЭГДС проводится натощак, поэтому не следует есть, пить и курить, по меньшей мере, в течение 6 часов до исследования; за 30 минут до его начала желательно принять очищающую эмульсию. Если Вы постоянно принимаете лекарственные средства, согласуйте режим и условия их приёма с врачом. Просим Вас прибыть в отделение эндоскопии в назначенное время с медицинской документацией и чистым полотенцем. В отделении Вас встретят врач и сестра; они помогут Вам подготовиться к проведению исследования и квалифицированно выполнят его.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: Предстоящее Вам эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,1%) и максимально бережное выполнение, всё же несёт в себе риск возникновения следующих осложнений: 1) повреждение зубов; 2) повреждение органа; 3) кровотечение; 4) затруднение дыхания, пневмония 5) сердечно-сосудистое расстройство; 6) местные и аллергические реакции; 7) обострение хронического заболевания. При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ: в течение 30 минут Вам не следует ничего есть и пить; если выполнялась биопсия, употребляйте охлаждённую пищу и напитки в течение суток. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 часа, а при выполнении внутривенной седации – в течение суток. Проинформируйте врача при появлении необычных симптомов и любых тревожащих Вас обстоятельств в первые часы и дни после исследования.

АЛЬТЕРНАТИВА ЭГДС. Эндоскопическое исследование является одним из самых достоверных методов диагностики. Однако, в силу объективных причин, его выполнение в полном объёме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Возможной альтернативой ЭГДС являются лучевые методы исследования (в первую очередь – рентгенологические) и видеокапсульная эндоскопия.

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭГДС И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы, связанные с предстоящим исследованием и меня полностью информировали о его назначении, особенностях проведения, возможных осложнениях и последствиях. Я доверяю врачу и его коллегам принять необходимое решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Дата: _____ ФИО пациента/законного
представителя: _____ Подпись _____

ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПЛАНИРУЕМОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. Я информирован о возможных последствиях такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Дата: _____ ФИО пациента/законного представителя: _____ Подпись _____

Подтверждаю, что мною объяснены пациенту свойства и предназначение эндоскопического исследования.

ФИО направившего на исследование врача _____ Подпись _____

ФИО врача эндоскописта _____ Подпись _____