

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА КОРОНАРОГРАФИЮ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СТЕНТИРОВАНИЕ)
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Я, _____
Проинформирован(а) врачом _____

О сути моего заболевания и опасностях, связанных с дальнейшим его развитием. Одновременно мне разъяснены и понятны суть и цели предстоящего врачебного вмешательства, а также необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне известно, что во время ангиографического исследования (лечения) под местным обезболиванием будет произведен прокол лучевой/бедренной артерии, через который будет введен зонд (катетер) в аорту. Через зонд в артерию сердца будет введено контрастное вещество.

Мне также сообщено, что после вмешательства (при условии прокола через бедренную артерию) мне предстоит соблюдать постельный режим не менее 24 часов в давящей повязке в области прокола артерии.

Я также проинформирован(а) о том, что вмешательство может привести к осложнениям, в том числе и опасным для жизни (прокол артерии с образованием гематомы, кровотечение, в редких случаях возможно нарушение проходимости артерии, эмболия, мозговой инсульт, аллергическая реакция на вводимые препараты). Я знаю о том, что при исследовании, операции на сосудах сердца, могут возникать опасные для жизни нарушения ритма сердца, приступы стенокардии, в редких случаях – остановка сердца. Будучи предупрежденным обо всем вышеизложенном я полностью осознаю, что это вмешательство необходимо для сохранения моего здоровья.

В связи с этим, я добровольно даю согласие на проведение диагностической **коронарографии и при необходимости стентирования коронарных артерий.**

Мне понятна обязанность врачей выполнить необходимое дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Возражений против оказания медицинской помощи в требуемом объеме по усмотрению лечащего врача я не имею.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на врачебные вмешательства мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, все полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Я предупрежден(а) о том, что обязан(а) поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я также предупрежден(а) о необходимости выполнять рекомендации врача как до, так и после проведения врачебного вмешательства.

Мне разъяснена необходимость изменения образа жизни (прекращение курения, рациональное питание и физические нагрузки) и приема лекарственных препаратов, а также возможные последствия при невыполнении назначения врача.

Я подтверждаю, что получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы.

" ____ " _____ 20__ года. Подпись пациента/ **V** _____
законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)