

מדבקת המטופל

Версия 08/16

Форма согласия на

Уродинамическое исследование мочевых путей URODYNAMIC EVALUATION

Уродинамическое исследование – это исследование функции нижних мочевых путей (мочевого пузыря и сфинктера).

При исследовании измеряются уровни давления в мочевом пузыре и брюшной полости, мочеотделение и, по мере необходимости, электрическая активность сфинктера мочеиспускательного канала.

При исследовании стерильным образом вводят тонкую трубочку в мочевой пузырь, а затем такую же трубочку вводят в анус или во влагалище или через стому, для измерения давления в брюшной полости. Кроме этого, в некоторых случаях, подкожно вокруг анального отверстия, прикрепляются наклейки или вводятся мини-иглы для измерения электрической активности сфинктера. Через трубочку в мочевой пузырь вводится стерильная жидкость для заполнения мочевого и пациент(ку) просят описать его(её) ощущения во время заполнения мочевого пузыря и мочеиспускания, при этом вышеупомянутые трубочки должны оставаться на своих местах до завершения исследования. Во время исследования пациент(ка) может находиться в положении лежа на спине, сидя или стоя.

Если исследование проводится в сочетании с рентгенографией, **следует уведомить медика, проводящего исследование, имеется ли вероятность беременности.**

Тип анестезии, применяемый при данном исследовании (нужное обвести)
Без анестезии / Общая / Регионарная / Местная

Имя пациента:

Ф а м и л и я	И м я	У . Л .	И м я о т ц а
---------------	-------	---------	---------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил(а) подробное устное разъяснение от д-ра:

Ф а м и л и я	И м я
---------------	-------

относительно необходимости проведения уродинамического исследования мочевых путей (далее: "Основная процедура").

Кроме того, мне были разъяснены альтернативные варианты лечения при моём состоянии (неинвазивное исследование в соответствии с решением врача, направившего на исследование).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне перечислены и разъяснены побочные эффекты уродинамического исследования мочевых путей, в том числе легкая боль и дискомфорт, жжение и учащенное мочеиспускание, и даже кровянистая моча. Эти побочные эффекты временные и в большинстве случаев проходят в течение 24 часов.

Мне разъяснили и я понял(а), что имеется вероятность, что в процессе диагностического исследования выяснится необходимость применения некоторых медицинских процедур для проведения исследования надлежащим образом, такие как расширение уретры в случае стеноза или оставление катетера после исследования, и настоящим я даю своё согласие на это.

Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения, в том числе такие как задержка мочеиспускания, которая может потребовать введения катетера в мочевой пузырь, инфекция мочевыводящих и/или половых путей, сопровождающаяся лихорадкой, ознобом, и кровотечением, которые могут потребовать лечения антибиотиками и даже госпитализации.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснили и я понял(а), что существует вероятность того, что в ходе уродинамического исследования выяснится, что есть необходимость расширить исследование, изменить или применить другие или дополнительные процедур для спасения жизни, предотвращения физического ущерба, в том числе процедуры и меры, необходимость в которых невозможно прогнозировать заранее, но мне было разъяснено их значение. Ввиду вышеизложенного я согласен/согласна также на вышеупомянутое расширение и/или изменение, или проведение других или дополнительных процедур, в том числе на процедуры, которые по мнению врачей больницы будут иметь важное значение или будут жизненно необходимы в процессе уродинамического исследования мочевых путей.



Мне разъяснили, что в случае, если процедура будет проводиться под **общей / регионарной / проводниковой** анестезией, разъяснения относительно анестезии будут предоставлены мне анестезиологом.

Если уродинамическое исследование будет проводиться с применением местной анестезии, настоящим я также даю своё согласие на применение местной анестезии с или без внутривенного введения седативных средств, после того, как мне были разъяснены риски и осложнения местной анестезии, включая вероятность аллергической реакции различной степени на анестетики и возможные осложнения использования седативных препаратов, которые в редких случаях могут вызывать нарушения дыхания и работы сердца, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и нарушениями в работе респираторной системы.

Мне известно, что в случае, если медицинский центр аффилирован с университетом, в процессе обследования и процедуры могут принимать участие студенты, под полным надзором и контролем врачей.

Мне известно, и я согласен с тем, что уродинамическое исследование и все основные процедуры будут проводиться тем, на кого это будет возложено в соответствии с правилами и постановлениями учреждения, и мне не гарантировали, что они будут проводиться, частично или полностью, каким-то конкретным лицом, при условии, что они будут выполнены с надлежащей ответственностью и в соответствии с законодательством.

Настоящим я даю своё согласие на проведение вышеуказанной основной процедуры.

Дата	Время	Подпись пациента

Имя опекуна (в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного лица)	Подпись опекуна (степень родства или близости к пациенту)

Я подтверждаю, что я в устной форме с надлежащими подробностями разъяснил **пациенту/опекуну/переводчику пациента** всё вышеизложенное и, что он/она подписал/а данную форму согласия в моём присутствии после того, как я убедился в том, что он/она полностью понял/а все мои разъяснения.



Имя врача (печать)

Подпись врача

Дата и время

Имя переводчика

Форма его отношений с пациентом