

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ЭНДСКОПИИ

Настоящим я уполномочиваю, даю согласие и прошу компанию NGC Endoscopy Services, LLC провести желудочно-кишечную(-ые) процедуру(-ы), отмеченную(-ые) ниже. Я получил(-а) ответы на все мои вопросы и беспокойства, связанные с процедурой(-ами).

### КРАТКИЕ ОПИСАНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Целью желудочно-кишечных процедур является обследование и диагностика медицинских состояний, влияющих на органы пищеварительной системы, например, пищевод, желудок и кишечник. Процедура(-ы) помогает(-ют) выявить такие проблемы, как язвы, воспаления, кровотечения или опухоли. Во время желудочно-кишечных процедур гибкая трубка (эндоскоп) вводится через рот или прямую кишку для визуального осмотра пищеварительного тракта. Таким образом врач может осмотреть слизистую оболочку пищеварительного тракта и при необходимости взять образцы тканей или назначить лечение определенных болезней.

- Верхняя эндоскопия – осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопа.
- Колоноскопия – осмотр всей толстой кишки с помощью эндоскопа. При этом эндоскоп вводится в толстую кишку через прямую кишку.
- Гибкая сигмоидоскопия – осмотр ануса, прямой кишки и левой части толстой кишки.
- Илеоскопия/паучоскопия – осмотр подвздошной кишки через задний проход или стому.
- Энтероскопия – осмотр верхнего отдела тонкой кишки через рот.
- Возможная биопсия, полипэктомия или расширение. - Биопсия — взятие образца ткани. Полипэктомия — удаление полипа или чрезмерного разрастания тканей. Для биопсии или удаления полипов могут быть использованы щипцы или специальная петля. Для остановки кровотечения при удалении тканей может применяться тепло. Также для остановки кровотечения или сжимания аномальных сосудов могут быть введены лекарственные препараты. При необходимости может быть введен дилататор для расширения узких участков.

### ОСНОВНЫЕ РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДСКОПИИ

Обычно эндоскопия желудочно-кишечного тракта безопасна, однако, существуют определенные риски. Такие осложнения могут повлечь госпитализацию и дополнительные расходы, которые вам, как пациенту, будет необходимо покрыть. Ваш врач может предоставить вам информацию о том, как часто возникают такие осложнения, учитывая причины, по которым вам необходима эндоскопия.

ПЕРФОРАЦИЯ – прокол пищеварительного тракта, через который содержимое желудочно-кишечного тракта может попасть в брюшную полость. В этом случае может потребоваться госпитализация и хирургическое вмешательство.

КРОВЕТЕЧЕНИЕ – обычно кровотечение возникает во время биопсии, удаления полипов или расширения во время процедуры. Кровотечение может остановиться самостоятельно под наблюдением врача, или его можно остановить с помощью процедуры остановки кровотечения (повторения такой процедуры при необходимости), переливания крови, хирургического вмешательства или радиологической процедуры. Если во время процедуры возникло кровотечение, то для его остановки врач может применить тепло или специальные клипсы.

РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: при приеме любых лекарств существуют риски, связанные с применением этих лекарств. Эти риски могут включать незначительный отек или раздражение в месте

инъекции, тошноту и/или рвоту. Существует также незначительная вероятность аллергической реакции на принимаемые лекарства, вероятность судорог или, в редких случаях, осложнений, например, могут возникнуть проблемы с сердцем или дыханием.

**НЕЗАМЕЧЕННЫЙ ПОЛИП ИЛИ НЕЗАВЕРШЕННАЯ ПРОЦЕДУРА:** ваш врач сделает все возможное, чтобы выявить все полипы, пораженные участки и раковые образования. Однако всегда существует вероятность, что что-либо из перечисленного не будет обнаружено из-за того, что оно будет находиться за складками кишечника или за остатками каловой массы. Ваш врач приложит все усилия, чтобы выполнить обследование в полном объеме, но иногда это может быть невозможно из-за особенностей вашей анатомии или недомоганий.

**ИНФЕКЦИЯ:** риски инфицирования во время эндоскопии низкие. В перечень таких рисков входит пневмония (в результате вдыхания желудочного содержимого и его попадания в легкие), инфекции сердечного клапана и бактериальные инфекции.

**ДРУГИЕ РИСКИ:** самые распространенные риски — легкая боль в горле и вздутие живота. Местная раневая инфекция в месте внутривенной инъекции возможна, но маловероятна. Как и при любой медицинской процедуре, существует незначительный риск сердечных (например, нарушение сердечного ритма, стенокардия или даже остановка сердца) и легочных осложнений (например, аспирационная пневмония), но преимущественно у пациентов с фоновыми заболеваниями сердца или легких. При осложнениях вас могут перевезти в ближайшую больницу на машине скорой помощи для предоставления необходимой квалифицированной медицинской помощи. Существует также незначительный риск не заметить имеющуюся проблему.

## АЛЬТЕРНАТИВЫ ЭНДОСКОПИИ

Альтернативные варианты гастроэнтерологических процедур могут включать следующее:

- Наблюдение без вмешательства
- Другие диагностические исследования, например, визуализирующие методы исследования или анализы крови
- Различные подходы к лечению в зависимости от диагноза

Меня проинформировали о процедурах, рисках и альтернативах, перечисленных выше. Мне были разъяснены потенциальные преимущества и побочные эффекты альтернативных мероприятий, включая возможные последствия, если я приму решение отказаться от ухода, лечения или услуг. Мне была предоставлена возможность получить ответы на все мои вопросы и беспокойства относительно процедур, рисков и альтернативных мер.

Меня проинформировали о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть во время моего восстановления, и о вероятности достижения нужных результатов. Я понимаю, что непредвиденные обстоятельства во время процедур могут потребовать дополнительных или других процедур, которые отличаются от тех, которые обсуждались с врачом. Я уполномочиваю врача/аккредитованного медицинского специалиста и других практикующих врачей выполнять такие дополнительные процедуры, которые они сочтут необходимыми и целесообразными.

Я признаю, что мне не было предоставлено никаких заверений или гарантий относительно результата процедур(-ы) или лечения во время процедур(-ы).

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕУПОМЯНУТУЮ(-ЫЕ) ПРОЦЕДУРУ(-Ы)

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента\*)

\_\_\_\_\_  
(Дата и время)

\_\_\_\_\_  
(Подпись уполномоченного лица)

\_\_\_\_\_  
(Дата и время)

\_\_\_\_\_  
(Кем приходится пациенту)  
буквами)

\_\_\_\_\_  
(ФИО печатными

\_\_\_\_\_  
(Подпись свидетеля) [Только при предоставлении согласия по телефону]

\_\_\_\_\_  
(ФИО печатными буквами)

Я ПРЕДОСТАВИЛ(-А) ОБЪЯСНЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИВЕДЕННЫХ(-ОЙ) ВЫШЕ ПРОЦЕДУР(-Ы) ПАЦИЕНТУ

ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОМУ ЛИЦУ

\_\_\_\_\_  
(Подпись врача-специалиста)

\_\_\_\_\_  
(Дата и время)