Бланк согласия на коронарографию.

Коронарография производится для диагностики болезни сердечных сосудов. Процедура выполняется под местной анестезией у взрослых и под общей у детей. Коронарография производится посредством введения катетера через периферическую артерию. Целью данной процедуры является обследование сердца или других сосудов и выполняется при помощи рентгена.

Данная проверка осуществляется с помощью впрыскивания контрастного вещества через специальные катетеры для получения снимков или измерения давления в полостях.

В случаях обнаружения заболеваний сосудов сердца(частичного или полного их закрытия) и других отклонений, необходимо выполнение лечебных процедур при помощи специального оборудования включая использование баллонов и установку стентов.

Если во время коронарографии диагностируется проблема, которая может быть вылечена немедленно, проводится лечебная процедура. До коронарографии больной должен поставить в известность врача о наличии у него проблем с почками или аллергии на контрастное вещество с йодом.

Имя больного	Фамилия	Имя отца	№ Паспорта
_____	_____	_____	_____

Я заявляю и даю разрешение, что получил полное и устное объяснение от врача: Фамилия врача _____ Имя врача_____ о необходимости сделать лечение посредством коронарографии диагностической и лечебной в сердце или в его сосудах .

Особенности другого лечения были объяснены:

_____

_____

Я заявляю и подтверждаю, что получил объяснения о предполагаемых ощущениях и возможных побочных явлениях, включая боль, неудобства в паху или кисти, в месте прокола артерии и ощущение жара во время введения контрастного вещества. Так же объяснены мне возможные осложнения связанные с процедурой: острое закрытие сосуда или повреждение мышцы сердца с развитием инфаркта, инсульт, повреждение сосудов, кровотечение, инфекция.
Объяснены мне осложнения, возможно связанные с использованием контрастного вещества, что может быть аллергическая реакция разной степени тяжести, повреждение функции почек и функции сердца.
Так же я получил объяснение, что в разных случаях процедура может привести к смерти больного.
Объяснены мне так же альтернативные пути лечении возможные в этом случае.
Так же, что будет в случае, если коронарография не будет выполнена. Так же, я получил объяснение обо всех возможных осложнениях и возможностях альтернативного лечения. В конечном счёте, я согласен на диагностическую и лечебную коронарографию.

Я заявляю и подчёркиваю то, что объяснено мне, понятно. А так же я понял, что есть возможность, что во время проведения процедуры (до и после нее) будет необходимость в других или дополнительных вмешательств с целью спасения жизни или предотвращения повреждений тела (как правило, говорится о хирургических процедурах, о которых нельзя знать до коронарографии).

Объяснено мне, что другие процедуры, могут быть дополнительная коронарография, CABG (шунтирование) или другая неотложная операция под общей анестезией.

Я так же согласен на расширение процедуры, изменение процедуры или использования других подходов в процедуре.

Я согласен на другие хирургические процедуры, которые будут обоснованными во время главной процедуры или в скорее после неё.

Моё согласие выражает так же согласие на местную анестезию, после того, как я получил объяснение об осложнениях обезболивания, в частности аллергической реакции. Если будет необходимость провести лечение под общей анестезией я, буду получать дополнительно объяснение от анастезиолога.

Я знаю и согласен, что главное лечение и все сопутствующие лечения будут выполнены кем, кому можно делать это, в соответствие с законом госпиталя.

Не обещано мне, что вся процедура или часть от неё будет выполнена определённым врачом, и будет выполнена только с принятой ответственностью в больнице, в соответствие с законом.

Дата Час Подпись больного

_____ _____ _____

Имя Апотропуса Подпись Апотропуса

_____ _____

В случае если больной не может подписать сам

Я подтверждаю, что объяснил больному или его апотропусу, всё ниже-написанное с необходимыми частностями, и больной подписал согласие в моём присутствие, и только после того, что я понял, что больной понял мои объяснения.

Имя врача Подпись врача № Диплома

_____ _____ _____