

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ
НА ВЫПОЛНЕНИЕ НЕ ИНВАЗИВНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ
«САМОКОНТРОЛЬ pH СРЕДЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПОМОЩИ ТЕСТ ПОЛОСОК»**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21, 22, 52 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
_____ года рождения, _____ проживающая по _____ адресу:

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)	
паспорт: _____ (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)	

_____ (адрес)	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____	
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)	

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Около 40% преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей вызваны нарушениями микробиоты влагалища и инфекциями. Наиболее распространенной проблемой в этом контексте является бактериальный вагиноз. Преобладающим микроорганизмом влагалищной микрофлоры у большинства женщин являются лактобактерии. В тех случаях, когда лактобактерии не преобладают в составе микрофлоры влагалища, можно говорить о снижении активности механизмов антибактериальной защиты.

Наиболее распространенным нарушением микробиоценоза влагалища является бактериальный вагиноз, который характеризуется сокращением числа лактобацилл и избыточным ростом условно патогенной или патогенной микрофлоры. Распространенность у беременных составляет около 10-20%.

Самоконтроль pH среды влагалища позволяет выявить нарушение биоценоза до появления клинических признаков бактериального вагиноза и начать лечение на более ранних этапах развития восходящего инфицирования, тем самым предупреждая развитие истмико-цервикальной недостаточности, связанной с действием инфекционных факторов.

Я (представляемый) информирован(а) о том, что мне необходимо выполнять указания и рекомендации, данные врачом-акушером-гинекологом для своевременной диагностики инфекции половых путей и лечения, в целях снижения риска преждевременных родов, самопроизвольного выкидыша, внутриутробного инфицирования плода, и мною получена Инструкция по применению тест полосок.

С планом предстоящей манипуляции и возможного лечения ознакомлен(а).

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ с выполнением не инвазивной манипуляции «Самоконтроль pH среды влагалища при помощи тест полосок». Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе с предложенной мне (представляемому) не инвазивной манипуляцией «Самоконтроль pH среды влагалища при помощи тест полосок».

Я (представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом-акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с выполнением не инвазивной манипуляцией «Самоконтроль pH среды влагалища при помощи

тест полосок». На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я (представляемый) внимательно прочитала информацию о важности самоконтроля pH среды влагалища и добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на выполнение данной не инвазивной манипуляции при помощи тест полосок.

Пациент _____ (законный представитель) _____ «_____»
_____ 20__ г.

подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированной не инвазивной манипуляции и расписался в моем присутствии:

Врач _____ «_____» _____ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично	
Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены. Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «_____» _____ 20__ г. Время: _____ час _____ мин. Врач _____ (_____) Врач _____ (_____)	
Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей	
Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное подчеркнуть). Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «_____» _____ 20__ г. Время: _____ час _____ мин. Врач _____ (_____) Врач _____ (_____) Врач _____ (_____)	