ВСЕОБЩАЯ ФАКУЛЬТЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА В ПРАГЕ
У Немоцнице 499/2, 128 08 Прага 2 | ИН: 00064165, тел.: 224 961 111

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Законный представитель пациента (имя, фамилия):	
Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий): **ПИЩЕВОДНАЯ PH-МЕТРИЯ**	
<u>Цель, характер, подготовка, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры / лечебного мероприятия:</u> Исследование используется для выявления обратного заброса содержимого желудка в пищевод и возможной связи клинических симптомов с этим состоянием (изжога, рвота, кашель, одышка, нарушения дыхания). В редких случаях ввести зонд не удается из-за сопротивления ребенка. В случае сомнения положение зонда после введения проверяется рентгенологически.	
<u>Альтернативы лечебному мероприятию, их целесообразность, польза и риски:</u> Рентгенологическое исследование пищевода, изотопное исследование или ультразвуковое исследование. Эти альтернативы не предполагают введение зонда, однако имеют значительно меньшую диагностическую ценность.	
<u>Медицинская процедура / лечебная манипуляция будет происходить следующим образом:</u> Процедура проводится ребенку натощак. После оценки текущего состояния ребенка через нос в нижнюю часть пищевода вводится тонкий зонд. С помощью зонда в течение последующих 24 часов наблюдают за изменениями кислотности, которые отражают степень т. наз. рефлюкса.	
<u>Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры / лечебного мероприятия:</u> В день исследования ребенок не купается, не катается на горках и не выполняет действий, которые могут повредить устройство. Ребенок должен заниматься обычными повседневными делами. Все выполняемые в течение дня действия за период исследования фиксируются в письменном виде.	

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Дальнейшее необходимое лечение:

Нет

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично информировал меня о содержании данного письменного согласия, и я имел/-а возможность задать ему вопросы, на которые получил/-а исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял/-а, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры.

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил/-а разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления:

г. Прага, дата

....

подпись пациента / законного представителя *имя, фамилия и подпись врача*

.....

подпись несовершеннолетнего пациента /

пациента с ограниченной дееспособностью

Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ:

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ: Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю: ..... *имя, фамилия и подпись свидетеля*	