

## Информированное добровольное согласие на биопсию молочной железы

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения

### даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: биопсию молочной железы

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** диагностика заболеваний; уточнение диагноза после применения иных диагностических методов; онкологический поиск; профилактическое обследование; контроль эффективности оперативного или консервативного лечения (*нужное подчеркнуть*).

Иное (указать) \_\_\_\_\_

- **методы оказания медицинской помощи:** мне разъяснено, что биопсия молочной железы представляет диагностическую процедуру, заключающуюся в заборе небольших фрагментов тканей. Мне разъяснено, что биопсия молочной железы проводится в стационарных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что биопсия молочной железы выполняется под местной анестезией препаратом \_\_\_\_\_.

Я понимаю, что медицинские манипуляции, в том числе биопсия молочных желез, обычно являются безопасными и необходимыми. В то же время важно сознавать, что манипуляция включает в себя ряд факторов риска, от небольших до серьезных.

- **связанный с методами риск:** Неожиданные аллергические и другие реакции возможны на любой медикамент или средство наркоза. Чтобы уменьшить потенциальные риски, я проинформировала врача о всех реакциях, которые были при употреблении медикаментов или других веществ ранее. Я проинформирована, о том, что возможно умеренное кровотечение из затронутых кровеносных сосудов. В отдельных случаях может образоваться гематома, для ликвидации которой могут быть необходимы инвазивные манипуляции.

Возможно появление инфекции, для уменьшения риска которой, во время манипуляции соблюдаются принципы стерильности. Процесс заживления протекает без осложнений. В отдельных случаях могут быть необходимы хирургические манипуляции или антибактериальная терапия, чтобы ликвидировать последствия инфекции.

Иное (указать) \_\_\_\_\_

- **возможные варианты медицинских вмешательств:** мне разъяснено, что биопсия молочной железы может быть выполнена следующим образом:

#### **СПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ** (исследование кисты, образования)

**Ход исследования:** место биопсии обрабатывают дезинфицирующим средством (Cutasept), анестезируют р-ром лидокаина 2% -4, под контролем УЗИ проводят пункцию кисты или образования (введение пункционной иглы в зоне кисты/образования), аспирируют (отсасывают) содержимое из кисты, образования. Материал биопсии направляют в лабораторию для цитологического исследования. На место пункции накладывают стерильную повязку.

#### **CORE БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ** (для исследования образования)

**Ход исследования:** молочную железу обрабатывают дезинфицирующим средством (Cutasept), анестезируют р-ром лидокаина 2% -4, проводят локальный надрез кожи, под контролем УЗИ проводят CORE биопсию подозрительного места или образования, во время забора материала пациентка слышит шум, может быть ощущение небольшого давления, редко боль. Эта процедура (забор образцов) повторяется 4-5 раз, чтобы взять достаточное количество образцов материала. Материал биопсии направляют в лабораторию для гистологического исследования. После процедуры накладывают стерильную давящую повязку, желательна на 10-15 минут прижать ладонью место пункции и наложить холодный компресс.

#### **CORE БИОПСИЯ С ПОМОЩЬЮ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ МАММОГРАФИИ ИЛИ ВАКУУМНАЯ БИОПСИЯ** (исследование образования, кисты, микрокальцинатов)

**Описание исследования:** Сначала под контролем маммографии\* определяют зону микрокальцинатов или образования, когда она дифференцирована (найдена), проводят стереотаксическую маммографию. По

полученным координатам определяют место пункции. Молочную железу обрабатывают дезинфицирующим средством (Cutasept), проводят местную анестезию. Пункционную иглу вводят в определенное место пункции, делают контрольный снимок маммографии, чтобы убедиться в точности пункции. Проводят вакуумную биопсию или CORE биопсию, берут образцы биопсии для гистологического исследования. После пункции, в место ее локализации вводят маркированную скобку (за дополнительную плату). Проводят маммографию места взятого образца, локализации скобки. Материал биопсии направляют в лабораторию для гистологического исследования. на место пункции накладывают стерильную повязку, место пункции ~15 минут прижимают рукой, желательна приложить холодный компресс.

\* Маммография – это рентгенологическое исследование тканей молочной железы рентгеновским излучением низкой интенсивности.

(нужное подчеркнуть). Иное (указать) \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что противопоказанием к исследованию является местное повреждение кожи в планируемом месте пункции и (или) длительное применение разжижающих кровь препаратов (аспирин, варфарин и т. п.), а также период беременности.

Иное (указать) \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал (-а) данный документ и полностью понял(-а) его содержание. Я извещен (-а) о сути и о возможных рисках проведения установки центрального венозного катетера. Даю свое согласие на выполнение установки центрального венозного катетера.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
Медицинский работник

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего структурным подразделением и главного врача, а в выходные/праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

В случаях, когда пациент фактически соглашается на выполнение установки центрального венозного катетера, но отказывается оформить в письменном виде информированное добровольное согласие на проведение данного медицинского вмешательства:

«Пациент, фактически соглашаясь с предложенным ему проведением установки центрального венозного катетера, отказывается подписывать соответствующее информированное добровольное согласие»

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года