ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство / прохождение функциональной диагностики
г. Владимир «___» _____ 2026 г.
Я, _____,
(ФИО пациента полностью)
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
_____,
проживающий(ая) по адресу: _____
_____,
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в:
Общество с ограниченной ответственностью «Учреждение Здравоохранения Областной диагностический центр»
(сокращенное наименование: ООО «УЗ Областной диагностический центр»)
Юридический адрес: 600009, Владимирская область, г. Владимир, ул. Каманина, д. 25А, этаж 1
ИНН: 3328004675 | ОГРН: 1153328002651
Лицензия: № Л041-01134-33/00357343 от 22.10.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Владимирской области (действует).

---

1. Наименование медицинского вмешательства:
Проведение исследования методами функциональной диагностики: _____
(указать вид исследования, например: Электрокардиография (ЭКГ), Электроэнцефалография (ЭЭГ), Электронейромиография (ЭНМГ), Спирография / Функция внешних дыханий (ФВД), Холтеровское мониторирование, Суточное мониторирование АД).
2. Цель проведения медицинского вмешательства:
Оценка функционального состояния органов и систем организма (сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной), выявление нарушений ритма, проводимости, биоэлектрической активности или вентиляционных параметров для постановки диагноза и контроля эффективности лечения.
3. Характер медицинского вмешательства:
Процедура является неинвазивной и безопасной. Она заключается в регистрации естественных биоэлектрических потенциалов организма или механических параметров дыхания с помощью специальных датчиков и электродов, накладываемых на поверхность тела. Длительность процедуры зависит от вида исследования и составляет от 10 минут (ЭКГ, ФВД) до нескольких часов или суток (Холтер, ЭЭГ-мониторинг).
4. Возможные риски и осложнения:
Риск осложнений минимален. В редких случаях возможны:
1. Легкое раздражение кожи в местах крепления электродов (при повышенной чувствительности кожи).
2. Дискомфорт или легкая боль при проведении игольчатой ЭНМГ (введение тонкого электрода в мышцу).
3. Головокружение или слабость при проведении форсированных дыхательных маневров во время спирографии.
4. Психологический дискомфорт или тревожность во время длительного мониторинга.

5. Противопоказания и ограничения:
Абсолютных противопоказаний к большинству методов функциональной диагностики нет. Относительные ограничения:
1. Наличие повреждений кожи в зонах наложения электродов.
2. Тяжелое общее состояние пациента, не позволяющее выполнить нагрузочные пробы или дыхательные маневры.
3. Острые инфекционные заболевания (для проведения исследований в плановом порядке).
4. Выраженные психические расстройства, препятствующие контакту с пациентом (для ЭЭГ и ЭНМГ).

6. Альтернативные методы диагностики:
1. Инструментальные методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) – оценивают структуру, но не функцию в реальном времени.
2. Лабораторные исследования крови (маркеры повреждения миокарда и др.).
3. Клинический осмотр и сбор анамнеза (менее объективны для оценки скрытых нарушений ритма или дыхания).

7. Прогноз при отказе от медицинского вмешательства:
Отказ от проведения функциональной диагностики может привести к:
1. Невозможности объективной оценки функции жизненно важных органов (сердца, мозга, легких).
2. Риску пропуска скрытых патологий (например, пароксизмальных аритмий, эпилептиформной активности, скрытой бронхиальной обструкции).
3. Задержке в постановке правильного диагноза и назначении эффективного лечения, что может негативно сказаться на прогнозе заболевания и состоянии здоровья.
4. Затруднению в формировании точных врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и образу жизни.

8. Необходимость соблюдения врачебных рекомендаций:
Мне разъяснено, что для качества исследования необходимо:
1. Сообщить врачу о принимаемых лекарственных препаратах (особенно влияющих на сердечный ритм, нервную систему или расширяющих бронхи).
2. Исключить прием кофеина, алкоголя и интенсивные физические нагрузки перед исследованием (если не указано иное).
3. Соблюдать гигиену кожи (не использовать кремы и лосьоны в зонах наложения электродов).
Мне разъяснено, что несоблюдение назначенного режима подготовки и рекомендаций врача может исказить результаты исследования, сделать их недостоверными, снизить качество оказываемой медицинской услуги или потребовать повторного проведения процедуры.

Медицинский работник, проводящий разъяснение:
Должность: _____ ФИО: _____ Подпись: _____ Дата: «___» _____ 2026 г.

Пациент (или его законный представитель):
Мне в доступной форме разъяснены характер, цели, возможные риски и осложнения, альтернативные методы лечения, а также последствия отказа от медицинского вмешательства. Мои вопросы заданы, ответы получены в полном объеме. Согласие даю добровольно.
Подпись пациента / представителя пациента) : _____ Дата: «___» _____ 2026 г.
ФИО полностью: _____