ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство / прохождение УЗИ 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:
Ультразвуковое исследование (УЗИ) _____
(указать область исследования, например: органов брюшной полости / щитовидной железы / вен нижних конечностей / почек).
2. Цель проведения медицинского вмешательства:
Безлучевая визуализация внутренних органов и тканей для оценки их структуры, размеров, выявления патологических изменений (воспаления, образования, камни, варикозное расширение вен и др.) и контроля эффективности лечения.
3. Характер медицинского вмешательства:
Процедура проводится с использованием ультразвукового сканера. На кожу в зоне исследования наносится специальный контактный гель для улучшения проводимости звуковых волн. Врач перемещает датчик по поверхности тела, получая изображение на экране монитора. Метод является неинвазивным и безопасным. Длительность процедуры составляет в среднем 15–30 минут.
4. Возможные риски и осложнения:
Метод признан безопасным для пациентов всех возрастов, включая беременных женщин и детей. Риски осложнений отсутствуют. В редких случаях возможен легкий дискомфорт от давления датчика на чувствительные области или холодовой эффект от контактного геля.
5. Противопоказания и ограничения:
Абсолютных противопоказаний к проведению УЗИ нет. Относительными ограничениями могут являться наличие открытых ран, ожогов или кожных заболеваний в зоне предполагаемого исследования, что может затруднить контакт датчика с кожей.
6. Альтернативные методы диагностики:
1. Компьютерная томография (КТ) – сопряжена с лучевой нагрузкой.
2. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – более дорогостоящий метод, имеющий ограничения для пациентов с металлическими имплантами.
3. Рентгенография – менее информативна для оценки мягких тканей и органов брюшной полости.

7. Прогноз при отказе от медицинского вмешательства:
Отказ от проведения УЗИ может привести к:
1. Невозможности получения актуальной информации о состоянии внутренних органов и сосудов.
2. Затруднению в постановке правильного диагноза или задержке в выявлении патологии на ранней стадии.
3. Необходимости назначения более инвазивных или дорогих методов обследования в будущем.
4. Затруднению в формировании точных врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и контролю заболевания.

8. Необходимость соблюдения врачебных рекомендаций:
Мне разъяснено, что для качества исследования необходимо соблюдать специальную подготовку (например, соблюдение диеты и голода в течение 6–8 часов перед УЗИ органов брюшной полости, наполнение мочевого пузыря перед УЗИ органов малого таза).
Мне разъяснено, что несоблюдение назначенного режима подготовки может сделать исследование малоинформативным, снизить качество оказываемой медицинской услуги, потребовать его повторного проведения за дополнительную плату или негативно сказаться на точности диагноза.

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: _____