

Информированное согласие на гастроинтестинальную эндоскопию

Объяснение процедуры

Гастроинтестинальная эндоскопия – это непосредственная визуализация пищеварительного тракта с помощью приборов, оборудованных освещением. Ваш(и) поставщик(и) медицинских услуг посоветовали Вам пройти данное обследование. Нижеуказанная информация поможет Вам понять причины и возможные риски этих процедур. Во время обследования будет тщательно проверена и, возможно, сфотографирована слизистая оболочка соответствующей части пищеварительного тракта. В случае обнаружения или подозрения на наличие нарушений часть ткани (биопсия) может быть взята для проведения микроскопического анализа. Наросты (полипы) могут быть удалены в случае обнаружения.

Для того, чтобы Вы чувствовали себя комфортно во время процедуры, Ваш терапевт или медсестра, по указанию терапевта, будет осуществлять седацию с сохранением сознания. Седацию также может провести анестезиолог, если терапевт сочтет это необходимым.

Краткое описание эндоскопических процедур

- ЭГДС (Эзофагогастродуоденоскопия):** Обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае обнаружения активного кровотечения может проводиться лечение с целью остановки кровотечения.
- Дилатация пищевода:** Для расширения пищевода используются расширяющие трубки и баллоны.
- Варикозное расширение вен пищевода или перевязка геморроидальных узлов:** Установка резинового жгута вокруг расширения вен/геморроя для уменьшения потока крови в вену с целью предотвращения дальнейшего кровотечения. Инъекция химического вещества в расширение вен пищевода с помощью тонкой иглы через эндоскоп может обеспечить уплотнение вены для предотвращения дальнейшего кровотечения.
- Гибкая сигмоидоскопия:** Обследование ануса, прямой кишки и левой стороны толстой кишки, часто вглубь до 60 см.
- Колоноскопия:** Обследование всей толстой кишки, или ее части. Пожилые пациенты и пациенты с обширным дивертикулезом более подвержены осложнениям. При необходимости, проводится полипэктомия (удаления наростов, называемых полипами), часто с использованием проволочной петли с электрическим током или без него.
- Другое:** _____

Основные риски и осложнения гастроинтестинальной эндоскопии

Гастроинтестинальная эндоскопия является, как правило, процедурой с низким уровнем риска. Несмотря на это, существует возможность осложнений. До прохождения процедуры Вы можете обсудить все факторы риска со своим терапевтом. **В случае возникновения вопросов касательно теста, обязательно спросите Вашего терапевта. При желании можно организовать официальную консультацию.**

1. **Перфорация:** Прохождение прибора может привести к травмированию стенки желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь может привести к попаданию содержимого желудочно-

кишечного тракта в полость тела. В случае возникновения, обычно, требуется проведение операции для прекращения утечки содержимого и/или дренирования области попадания содержимого, а также может вызвать необходимость проведения колостомии – наложение свища на ободочную кишку. Без надлежащего лечения, это осложнение может представлять угрозу для жизни.

2. **Кровотечение:** Кровотечение, при возникновении, это обычно осложнение, вызванное биопсией, полипэктомией, дилатацией или перевязкой. Лечение осложнения может состоять только из внимательного наблюдения или может потребовать переливания, повторной эндоскопии, чтобы остановить кровотечение, или, возможно, хирургического вмешательства. Кровотечение может проявляться через несколько недель после проведения эндоскопии.
3. **Реакция на препараты:** Это риски, сопряженные с приемом какого-либо препарата. Это может включать легкое воспаление вены в месте инъекции, тошнота/рвота, аллергические реакции, нарушение функций сердечнососудистой системы, уменьшение/увеличение кровяного давления, нарушение дыхания или другие осложнения.
4. **Другие риски:** В редких случаях, может быть причинен ущерб зубам или той работе, которая проводилась стоматологами (коронки, пломбы и т.п.), когда приборы вставляют через ротовую полость; могут возникнуть осложнения от существующих болезней; невозможность завершения обследования; и возможность необнаружения рака толстой кишки или других патологических изменений; нарушение работы прибора или смерть – чрезвычайно редкие случаи, но маловероятная возможность все же существует.

Вам следует сообщить своему терапевту о своей аллергии и других медицинских проблемах. В случае подозрения на беременность или возникновения существенных изменений в Вашей медицинской/операционной истории после дооперационного назначения, Вам следует позвонить в наш офис.

В случае возникновения осложнения, связанного с процедурой, терапевт всегда поможет в его лечении; тем не менее, ни терапевт, который провел процедуру, ни сотрудники «NWG&E» не несут финансовой ответственности за лечение такого осложнения. В случае возникновения кровотечения, или другого осложнения, не рекомендуется совершать дальние поездки и международные перелеты в течение 2 недель.

Альтернативы гастроинтестинальной эндоскопии

Несмотря на то, что гастроинтестинальная эндоскопия является безопасным и эффективным средством обследования пищеварительного тракта, она не дает 100% точного диагноза. В некоторых случаях это может привести к непостановке диагноза или к постановке неправильного диагноза. Существуют также другие диагностические и терапевтические процедуры, такие как, медицинское лечение, рентген и оперативное вмешательство. Другой вариант – не прибегать к диагностическим исследованиям и/или лечению. Ваш терапевт с радостью обсудит с Вами эти варианты.

Я понимаю, что в связи с действием седативных препаратов я не могу водить или эксплуатировать машины и производственное оборудование, принимать важные решения, подписывать юридические документы или принимать алкогольные напитки в день проведения процедуры. Я понимаю, что если я самостоятельно поеду домой после получения седативных препаратов, меня исключат из этого заведения, и мне придется обращаться за медицинской помощью в другое медицинское учреждение. Я понимаю, что, если у меня нет сопровождающего, я не могу вызвать такси домой и обязан(а) оформить транспортное по программе «Home Attendant Care» или «Specialized WTA». Если я приеду в Центр без сопровождения или на неутвержденном транспорте, моя процедура будет отменена. Я даю свое согласие на фотографирование и публикацию (без имени и идентифицирующих сведений) любых фотографий, сделанных во время процедуры, для содействия моему лечению, а также в целях развития медицинского образования. Мне известно, что у моего терапевта может быть материальная заинтересованность/собственность в «Northwest Endoscopy Center». Я полностью проинформирован о рисках и возможных осложнениях моей процедуры/анестезии, и мне была предоставлена возможность задать вопросы.

Наклейка с данными пациента

Northwest Endoscopy Center, LLC
2930 Squalicum Parkway, #202
Bellingham, WA 98225

Я понимаю, что могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые могут потребовать изменения или продления исходных(ой) процедур(ы) или других(ой) процедур(ы), кроме тех, которые мне уже объяснили. Исходя из этого, я уполномочиваю и прошу вышеуказанного терапевта, его/ее ассистентов или уполномоченных лиц, проводить такие процедуры по мере необходимости и в соответствии с его/ее профессиональным суждением. Я понимаю, что Центр эндоскопии не признает предварительные медицинские указания («Advance Directives») и будет принимать все возможные меры, необходимые для поддержания жизни. Мне известно, что врачевание и оперативное вмешательство не являются точными науками. Я подтверждаю, что никаких гарантий относительно результата этой процедуры мне предоставлено не было.

<input type="checkbox"/> Alan Chang, MD	<input type="checkbox"/> Ben Siemanowski, MD	<input type="checkbox"/> Greg Munson, MD	<input type="checkbox"/> James A. Schoenecker, Jr., MD	<input type="checkbox"/> Todd Witte, MD
<input type="checkbox"/> Barry Levenson, MD	<input type="checkbox"/> Christoph Reitz, MD	<input type="checkbox"/> Hannah Sheinin, MD	<input type="checkbox"/> Kelly McCullough, MD	

Терапевт, объяснивший процедуру: _____ M.D. Подпись: _____ Дата: _____ Время: _____

Пациент / Законный представитель (выберите один вариант)

Переводчик / Отношение к пациенту

Дата: _____ Время: _____ Лицо, заверяющее подлинность подписи на документе: _____

Информированное согласие на финансовую ответственность

Центр был основан с целью удовлетворения потребностей пациентов с жалобами и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наш центр – это «Центр амбулаторной хирургии» ("Ambulatory Surgery Center"), созданный специально для предоставления гастроэнтерологических услуг - любые другие медицинские процедуры здесь не проводятся. Все терапевты, предоставляющие услуги в нашем учреждении, являются гастроэнтерологами. Наш персонал - квалифицированные специалисты с опытом ухода за нашими пациентами.

Миссия Центра – это предоставление качественного ухода и обслуживания пациентов в специализированных амбулаторных условиях. Каждый пациент нашего учреждения получает особое внимание и индивидуальный подход.

Центром совместно владеют «Physicians Endoscopy, LLC» и «Northwest Gastroenterology, PLLC». Терапевты «Northwest Gastroenterology, PLLC» являются единственными поставщиками медицинских услуг Центра.

Для того, чтобы наши пациенты понимали свою финансовую ответственность и условия оплаты, просим Вас уделить время и прочитать следующее, а также обсудить любые интересующие Вас вопросы с одним из наших представителей по работе со счетами.

1. Плата, которую мы берем за свои услуги, предназначена на покрытие расходов по эксплуатации этого учреждения, включая оборудование, персонал, аренду, товарно-материальные ценности и т. п. Также отдельно будет взиматься оплата за профессиональные услуги терапевта и оплата лаборатории за какие-либо услуги отделения патологии. Учреждение, лаборатория и терапевты – это отдельные юридические лица, предоставляющие отдельные и отличающиеся услуги.
2. В целях сохранения доверительных отношений с пациентами, учреждение отправляет страховые требования от имени пациента в страховую(ые) компанию(и), указанную в процессе регистрации при условии, что у нас есть полное имя и адрес страховой компании, имя подписчика, номер социального страхования и дата рождения.
3. Все дополнительные платежи должны быть выплачены во время предоставления услуги, как того требует контракт между пациентом, страховой компанией и нашим центром.
4. Некоторые страховые планы требуют предварительной сертификации, авторизации либо письменного направления. Пациент несет ответственность за осведомленность о требованиях страхового плана и за получение надлежащей авторизации минимум за 3 дня до даты предоставления услуги. Несоблюдение этого может привести к отказу страховой компании в удовлетворении страхового требования. Мы не несем ответственности за спорное требование. В случае отказа страховой компании в удовлетворении страхового требования по какой-либо причине или задержания платежа, пациент несет единоличную ответственность за оплату счета.
5. Мы понимаем, что временами могут возникать проблемы с полной оплатой услуг. Пациенты, не имеющие страховки, должны внести минимум 50% от стоимости услуги во время предоставления услуги и минимум одну треть остатка ежеквартально, после даты предоставления услуги.
6. Если у Вас возникли финансовые трудности или дополнительные вопросы, **пожалуйста, свяжитесь с Отделом платежей по номеру (360) 734-1420**, чтобы обсудить Ваш счет. Оплата совершается ежемесячно. Неуплата по истечении трех месяцев может привести к направлению дела во внешнее коллекторское агентство, которое может повлиять на кредитную историю пациента.

Подтверждаю, что ознакомился с условиями, изложенными в данном Признании финансовой ответственности, и что независимо от какого-либо страхового покрытия, которое может быть у меня, я несу единоличную ответственность за оплату выставленных Центром счетов.

Имя пациента: _____ Подпись пациента: _____ Дата: _____

Представитель центра: _____ Дата: _____

Наклейка с данными пациента

**Northwest Endoscopy Center, LLC
2930 Squalicum Parkway, #202
Bellingham, WA 98225**

Права и обязанности пациента, Предварительные медицинские указания, у Сообщение сведений о собственности терапевта

Я получил(а) информацию устно и письменно на языке, который я понимаю, либо на который мне перевели, и получил(а) возможность задать вопросы относительно:

Инициалы:

_____ Права и обязанности пациента

_____ Предварительные медицинские указания

_____ Сообщение сведений о собственности терапевта

Представитель центра: _____ Дата: _____

This Russian form is a translated copy of NWECC consent form dated 5/14

Наклейка с данными пациента

**Northwest Endoscopy Center, LLC
2930 Squalicum Parkway, #202
Bellingham, WA 98225**