ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МИНИФЛЕБЭКТОМИИ
к договору о возмездном оказании медицинских услуг № _____ от _____

г. Ростов-на-Дону

1.Я, _____на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» находясь на лечении в клинике **ООО «Центр флебологии»,** действующее в соответствии с лицензией Л041-01050-61/00349020, выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области 13 мая 2020 года, без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: : **Минифлебэктомия**, которое будет нести лечебную направленность.
2. Я проинформирован (а) лечащим врачом о целях, методе оказания медицинской услуги, связанных с ней рисках, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги, в том числе о состоянии своего здоровья.
3. Я, информирован, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий и/или требующие дополнительных медицинских вмешательств, поэтому я согласен (-на) на выполнение этих добавочных действий, которые сочтет необходимым лечащий врач.
4. Я согласен (-на) на применение таких анестетиков и трансфузий, которые будут сочтены необходимыми. Я информирован (-на), что всегда имеется риск применения анестезии и гемотрансфузии, и такой риск был мне полностью объяснен.
5. Я информирован (-на) о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений.
6. Я информирован (-на) о вероятных осложнениях, которые могут развиться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:
• Образование временного болезненного инфильтрата в отдельных не удаленных сегментах вен:
• Повышение температуры тела до 38 гр. до 7 дней;
• Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен;
• Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
• Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности по ходу стволов вен, которые исчезают через 2-6 месяцев;
7. Я информирован (-на) о необходимости последующего наблюдения у флеболога и проведения дополнительных сеансов лечения для достижения оптимального лечебного и косметического результата на 2, 7, 14,30,60,180 и 360 день после манипуляции.
8. Я информирован (-на), об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
9. Я информирован (-на) об ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваний, травмах, и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
10. Я информирован (-на), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
11. Я информирован (-на), что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
12. Я подтверждаю, что мне предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.
13. Я даю согласие на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС–оповещений и/или с использованием моей электронной почты.
14. Я даю своё согласие на фотографирование меня до, во время операции и в послеоперационном периоде, а также использование этих фотографий врачом в научных и демонстрационных целях.
15. Я подтверждаю, что прочитал (-а) все. Памятка пациента получена мною лично в руки.
16. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
17. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«_____»_____20____г.

Я свидетельствую, что информировал пациента (его законных представителей) на понятном ему языке о сути, достоинствах, рисках и альтернативах предлагаемого медицинского вмешательства, дал ответы на заданные вопросы. Я полагаю, что пациент (его законные представители) проинформированы должным образом. Лечащий врач _____/_____

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИНИФЛЕБЭКТОМИИ

Минифлебэктомия – это удаление варикозных вен через небольшие проколы кожи (до 3 мм). Отличается хорошим косметическим эффектом (без рубцов) и высокой надежностью – если вены удалены, то развитие рецидива невозможно.

Для прокола кожи вместо обычного скальпеля используют иглы большого диаметра или скальпели, имеющие очень узкое лезвие. Как правило, след от такой иглы или скальпеля практически не виден по прошествии некоторого времени. Непосредственно перед операцией проводится разметка варикозно-измененных вен, анестезия 2.0% раствором лидокаина. Расстояние между проколами зависит от разных факторов, например, плотность венозной стенки, сращения с кожей, наличие разветвлений и т.д. По окончании вмешательства ранки закрываются каким-либо видом клейких перевязочных материалов с прокладками или без. Имеет смысл проложить валики по ходу удаленных вен. Сверху одевается компрессионный трикотаж второй степени компрессии (23 - 32 мм.рт.ст).

Компрессионный трикотаж – специальное ортопедическое изделие, ношение которого имеет цель устранить или уменьшить отек конечности, боль и избыточный объем венозной крови. Применяется также для профилактики варикозной болезни и после ее лечения. При правильном применении безопасен, обладает многократно доказанной эффективностью, особенно в лечении запущенных форм варикозной болезни.

Перед лечением

• Обязательно сообщите врачу, если вы принимаете гормональные препараты (контрацептивы, эстрогены и др.)

• Прекратите прием аспирина, трентала, ибупрофена и других противовоспалительных препаратов за 2 суток перед лечением. Эти лекарства могут повысить кровоточивость тканей и увеличат риск образования синяков. За день до манипуляции необходимо убрать волосяной покров на всей поверхности ноги.

• Накануне операции; - не следует проводить эпиляцию, использовать лосьоны, кремы; - примите гигиенический душ, вымойте ноги обычным или антибактериальным мылом

• На лечение приходите в удобной, просторной одежде и обуви

• Возможен легкий завтрак.

После процедуры лазерного лечения:

• Необходимо в течение 40-60 минут походить (прогулочный шаг)

• Не ограничивайте физическую активность. Ежедневно не менее 3 часов ходите пешком;

• Избегайте длительное время нахождения в положении сидя и/или стоя;

• Согласно предписанию врача нельзя несколько дней снимать компрессионный чулок. В разрешенное время чулок можно снять и убрать дополнительный бандаж (ватные подушечки) и принять душ.

• Режим и сроки ношения компрессионного трикотажа определяются лечащим врачом.

• В течение 4 недель не принимайте горячих ванн, можно только теплый душ.

• 3 месяца не посещайте сауну и баню.

• В первые 3 суток после склеротерапии не следует заниматься аэробикой, гимнастикой и на велотренажере, затем занятия возможны в компрессионном трикотаже.

Какие могут быть побочные эффекты?

• Болевые ощущения не выражены, но иногда отмечаются тянущие ощущения по ходу вены в течение 2 недель.

• Редко бывает повышение температуры дела до 38 град., которое проходит самостоятельно.

• В ряде случаев отмечается снижение кожной чувствительности в области удаленной вены.

• Временное потемнение кожи по ходу не удаленных участков вены отмечается у 5-8% пациентов. Светло-коричневые полоски кожи в отдельных случаях могут сохраняться до 1 года.

• Шелушение кожи отмечается менее чем в 1% наблюдений. При этом на месте инъекции образуется небольшая поверхностная ранка, бесследно заживающая через 2-4 недели.

• Аллергические реакции очень редки. Их риск более высок у пациентов, имеющих аллергию на другие виды медикаментов.

• В местах наиболее крупных и поверхностных варикозных узлов могут образоваться уплотнения и вздутия (коагулы) - это нормальное явление, которое постепенно проходит. В некоторых случаях флеболог при контрольном осмотре может предложить пропунктировать коагулы и вздутие уходит.

• Боль в местах инъекций или по ходу склерозированной вены отмечают в некотором количестве случаев. Тянущая боль в местах инъекций обычно возникает при физической нагрузке и может длиться в течение 2-5 недель

• В очень редких случаях через 2-4 недели после лечения по ходу склерозированной вены может появиться тонкая красноватая сосудистая «сетка», обычно самостоятельно исчезающая в течение 4-6 месяцев.

• Кратковременный отек в области лодыжки может наблюдаться при лечении варикозных вен и сосудистых «звездочек», расположенных в этой зоне, а также при ношении во время лечения обуви на высоком каблуке или с узкой колодкой

• Воспаление вены - тромбофлебит - редкое осложнение лечения, возникающее в 1 случае на 1000 пациентов. Тромбофлебит возникает при нарушении предписаний врача и преждевременном снятии компрессионного чулка.

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

«_____»_____202___г. _____/_____

Законный представитель пациента (сведения о нем, подпись)

_____