

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭВЛК (ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ) ИЛИ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

к договору о возмездном оказании медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 2024г

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: **Комбинированное лазерное лечение варикозной болезни, которое будет нести лечебную направленность.**

2. Я, информирован (а), что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий и/или требующие дополнительных медицинских вмешательств, поэтому я согласен (а) на выполнение этих добавочных действий, которые сочтет необходимым лечащий врач.

3. Я согласен (а) на применение таких анестетиков и трансфузий, которые будут сочтены необходимыми. Я информирован (а), что всегда имеется риск применения анестезии и гемотрансфузии, и такой риск был мне полностью объяснен.

4. Я информирован (а) 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.

5. Я информирован (а) о вероятных осложнениях, которые могут развиваться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

- Образование временного болезненного инфильтрата по ходу коагулированной вены;
- Повышение температуры тела до 38гр. до 7 дней;
- Тромбофлебит поверхностных и тромбоз глубоких вен;
- Ожог кожи;
- Лимфоррея;
- Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
- Воспалительные реакции кожи в местах введения склерозанта;
- Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности по ходу стволов вен, которые исчезают через 2-6 месяцев;
- а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

6. Я информирован (а), что абсолютными противопоказаниями являются: Местные - признаки активного воспалительного процесса и инфицирования Общие - легочная, сердечная недостаточность, хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения; острые заболевания; декомпенсированный сахарный диабет; Относительными противопоказаниями являются: Общие - беременность; период лактации; выраженное ожирение, активные онкологические заболевания; психические заболевания

7. Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача и анестезиолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения.

8. Я понимаю, что во время операции или подготовки к ней могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я уполномочиваю моего врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

9. Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты все необходимые усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода.

10. Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, нарушение свертывающей системы, ожирение и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги.

11. Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможной нетрудоспособности.

12. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной в Клинике операции в сторонние медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, ответственность за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут сторонние специалисты.

13. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных

особенностей

моего

организма.

14. О необходимости соблюдения рекомендации в послеоперационном периоде я проинформирован(а). Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат.

15. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья.

16. Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Клинике.

17. Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.

18. Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

19. Я информирован (а) о необходимости последующего наблюдения у флеболога и проведения дополнительных сеансов лечения для достижения оптимального лечебного и косметического результата на 2,14,30,180 и 360 день после манипуляции. Консультация доктора на 14, 30, 180 и 360 день после манипуляции оплачивается дополнительно по действующему прейскуранту.

20. Я информирован (а), об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.

21. Я информирован (а) 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.

22. Я информирован (а), что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

23. Я подтверждаю, что мне предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

24. Я даю согласие на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС-оповещений и/или с использованием моей электронной почты.

25. 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.

26. Я подтверждаю, что прочитал(а) все. Памятка пациента получена мною лично в руки.

27. 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».

28. 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 подготовки к ЭВЛК.

Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК, также ЭВЛО) – это современный высокотехнологичный и малотравматичный метод лечения болезней вен, при котором пораженная вена обрабатывается лазерным излучением изнутри. После этого ее размер значительно уменьшается, а спустя несколько месяцев вена практически полностью исчезает. Не требует разрезов, выполняется через прокол до 3 мм, под местной анестезией. Эффективность сопоставима с традиционной операцией, при которой производится механическое удаление вены. После лечения требуется ношение компрессионного трикотажа.

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.

1. Накануне или в день операции подготовить ногу/обе ноги (сбрить волосы на бедре, голени и в паху).
2. Питание в день операции:
Если операция назначена до 13:00 - за 2-2,5 часа до операции легкий завтрак (йогурт, сладкий чай/кофе)
Если операция назначена днем (после 13:00) – завтрак обычный, за 2–2,5 часа до операции сладкий чай/кофе.
Если операция назначена после 15:00 – завтрак обычный, легкий обед за 3-3,5 часа до операции.
3. Приехать в клинику в свободной одежде и удобной обуви.
4. Если потребуется Клексан 0,6 -6 шприц доз.(или Фраксипарин или Гемапаксан) приобретать только по назначению врача.
5. Дома приготовить 1-2 грелки со льдом (если будет проводиться минифлебэктомия)
6. После операции 1 час активной ходьбы (до отъезда домой) в сопровождении Ваших родственников или знакомых.
7. В день операции вождение автомобиля запрещено.
8. Дома иметь обезболивающие таблетки (нимесил, нурофен, кетонал, и т.д)
9. На следующий день после операции – обязательная явка на УЗИ контроль.

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

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

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.