ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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: **иссечение анальной трещины.**

2. Я проинформирован (а) 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 (а) о том, что к противопоказаниям к проведению операции являются: ВИЧ-инфекции; болезни онкологического характера; наличие аллергий на определенные компоненты анестезирующих составов.

7. Я информирован (-на) о вероятных осложнениях, которые могут развиться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

- нагноение, свищ
- сужение анального канала;
- кровотечение;
- задержка мочеиспускания;
- выпадение прямой кишки;
- слабость анального сфинктера;
- возможны аллергические реакции на медикаменты, что потребует дополнительного медикаментозного лечения;
- возможны тромбоэмболические осложнения (венозный тромбоз и тромбоэмболия легочной артерии), которые являются опасными для жизни осложнениями любого оперативного вмешательства;
- а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

8. Я был(а) проинформирован(а), что точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться.

9. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность кожи к заживлению у каждого пациента.

10. Я согласен(а) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

11. Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата, и даю свое согласие на это.

12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) подробные и понятные мне ответы.

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

14. 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.

15. Я информирован (а) о том, что после проведения манипуляции при появлении следующих симптомов: повышении температуры тела свыше 38°С; появлении сильного болевого синдрома, который нельзя купировать приемом нестероидных противовоспалительных средств; появлении признаков интоксикационного синдрома – головная боль, общая слабость, потеря аппетита; воспалительные процессы - необходимо сообщить об этом врачу и явиться на осмотр в назначенное время.

16. Я проинструктирован(а) и обязуюсь после окончания манипуляции соблюдать следующий ограничения в течении _____ суток:

- не подвергать себя физическим нагрузкам (занятия спортом, поднятие тяжести более 2кг.);
- избегать тепловых нагрузок (баня, сауна, горячая ванна, все виды прогреваний);
- избегать водных процедур, таких как купание в открытом водоеме, бассейне;

17. 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.
18. Я даю согласие на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС–оповещений и/или с использованием моей электронной почты.
19. 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.
20. Я подтверждаю, что прочитал (-а) все.
21. 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».
22. 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 _____/_____