

**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: **радиоволновая манипуляция (удаление доброкачественного новообразования кожи)**.

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: острые инфекционные состояния; воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры; повреждение целостности кожи в области воздействия; имплантируемый кардиостимулятор или автоматический дефибриллятор/ кардиовертер; беременность, период лактации; нахождение на диспансерном учете у онколога и психиатра (нарколога), а также прием иммунодепрессантов и ретиноидов; нарушения процессов свертывания крови; сахарный диабет (в стадии декомпенсации); хронические заболевания в стадии обострения; системные заболевания соединительной ткани, склонность к келоидообразованию; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия), артериальная гипертензия 3 стадии со значительным повышением уровня артериального давления; эпилепсия с частыми судорожными припадками; болезни онкологического характера; наличие аллергий на определенные компоненты анестезирующих составов.

7. Я информирован (-на) о вероятных осложнениях: инфицирование раны; гипо- и гиперпигментация в области удаления (чаще при несоблюдении рекомендаций врача); образование рубцов (теоретически могут появиться при присоединении инфекции и попытке самолечения, например, срывании корочек, вскрытии пузырьков, использовании разнообразных местнодействующих веществ, несоблюдении рекомендаций врача). Мне известно, что при подборе такого индивидуального параметра лечения, как оптимальная для достижения максимального результата мощность, возможны такие побочные явления, как ожог кожи, что может повлечь дополнительные финансовые и временные затраты с моей стороны. После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках кожи могут наблюдаться обычные явления: локальный отек, локальная гиперемия (2-3 дня), в некоторых случаях до двух недель, корочка (7-14 дней); дискомфортные ощущения в области воздействия: зуд, жжение в течение 2-3 часов, в некоторых случаях до двух недель; изменение цвета (покраснение) после отхождения корочки в течение одного месяца; возможен рецидив; длительное заживление (при удалении множественных образований, в складках, у пациентов с избыточным весом).

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°C; 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 следующие 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 _____ / _____