

Информированное добровольное согласие на СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:
СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ)**

Медицинским работником _____
(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены и я ознакомлен с:

1. составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом;
2. что в случае возникновения необходимости внесения изменений в план лечения и других видов лечения, я буду проинформирован лечащим врачом дополнительно о целесообразности новых диагностических исследований, лечебных манипуляциях, методах лечения и их возможных последствиях;
3. что не исключена необходимость отклонения от намеченного плана лечения в случае действия или выявления ранее неизвестных, непредсказуемых или чрезвычайных обстоятельств. В этом случае я полностью доверяюсь опыту и профессионализму врача. Я понимаю, что в ходе выполнения вмешательства может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в согласии. Я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтёт необходимым для улучшения моего состояния;
4. о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний у меня, или моего представляемого, возрастных изменений моего организма, организма моего представляемого, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни;
5. о вероятных осложнениях, которые могут развиваться в процессе или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:
 - жжение – зуд кожи, в области манипуляций;
 - глубокие некрозы кожи и поверхностные некрозы кожи, повреждение нервов;
 - гиперпигментация и вторичные телеангиоэктазии;
 - дыхательные нарушения: затруднение вдоха, тяжесть за грудиной, кашель, чувство саднения, жжения в дыхательных путях;
 - неврологические нарушения: мигреноподобные боли, нарушения зрения, речи, транзиторные ишемические атаки и нарушения мозгового кровообращения;
 - флебит подкожных вен, развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства, которые исчезают через 2-12 месяцев;
 - в 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.
 - симптоматический тромбоз глубоких вен и лёгочная эмболия с вероятным развитием летального исхода;
6. о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного эффекта;
7. информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни;
8. о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств;
9. о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому персоналу об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток;
10. об ответственности за предоставление неполной, искажённой или ложной информации о своём состоянии, реакциях организма, перенесённых заболеваний, травмах, и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.

Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

связанный с методами риск:

- По ходу склерозированной вены могут наблюдаться уплотнение и покраснение, обычно на 3-5 сутки.
- Болевые ощущения не выражены, но иногда отмечаются тянущие ощущения по ходу вены в течение 2 недель.
- Изредка бывает повышение температуры тела до 38⁰, которое проходит самостоятельно.

- В ряде случаев отмечается снижение кожной чувствительности в области склерозированной вены.
 - Временное потемнение кожи по ходу склерозированной вены отмечается у 10-15% пациентов. Светло-коричневые полосы 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.
 - Боль в местах инъекций или по ходу склерозированной вены отмечают в некотором количестве случаев. Тянувшая 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 отёк 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.
- Иное (указать) _____

Мне разъяснены противопоказания к проведению склеротерапии (флебосклерозированию, склерооблитерации).

Иное (указать) _____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Я даю свое согласие на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю свое согласие на использование своих изображений произведенных во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учетом сохранения врачебной тайны.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал (-а) данный документ и полностью понял(-а) его содержание. Я извещен (-а) о сути и о возможных рисках проведения установки центрального венозного катетера. Даю свое согласие на выполнение установки центрального венозного катетера.

(Подпись)

Ф.И.О. пациента

(Подпись)

Медицинский работник

« _____ » _____ 20 _____ года