

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ).

г. Ростов-на-Дону

«___» _____ 20__ г.

1. Я _____, на основании Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, с указанием даты начала курсового лечения: которое будет нести эстетическую и/или лечебную направленность.
2. Я ознакомлен с 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.
3. Я информирован, 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.
4. Я информирован, 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.
5. Я информирован 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.
6. Я информирован о вероятных осложнениях, которые могут развиться 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.
7. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного эффекта.
8. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
9. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.
10. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому персоналу ООО «Покровмед» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток.
11. Я информирован об ответственности за предоставление неполной, искажённой или ложной информации о своём состоянии, реакциях организма, перенесённых заболеваний, травмах, и других фактах, способные повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
12. 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.
13. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.
14. Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником

врач- _____ / _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись пациента)

15. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств и использование компрессионного трикотажа.
_____ (подпись пациента)
16. Я, согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников 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 учётом сохранения врачебной тайны.
17. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
18. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан. Я информирован о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения. Я информирован о поведении после проведенного медицинского вмешательства. Я информирован о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство.

_____ (подпись и Ф.И.О. пациента / фамилия, имя, отчество полностью)

Я свидетельствую, что информировал пациента на понятном ему языке о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинского вмешательства, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, дал ответы на заданные вопросы. Я полагаю, что пациент проинформирован должным образом.

Расписался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) _____ подпись _____