

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЛИПОСАКЦИИ И ЛИПОФИЛИНГА

Данное Информированное добровольное согласие разработано во исполнении требований ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Подписывая настоящее согласие, пациент выражает свою волю на проведение указанной медицинской манипуляции, осознавая возможные риски, связанные с данным медицинским вмешательством, и подтверждая к ним свою готовность.

2. Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) **ООО «Центра косметологии и пластической хирургии»** необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

3. **Липосакция** – это процедура удаления локальных излишков жировой ткани хирургическим методом

Липофилинг – это процедура увеличения объема мягких тканей собственной жировой клетчаткой путем удаления последней из локализованных отложений жира в различных областях и введения в другую область. Врачом с учетом Ваших индивидуальных особенностей будет выбран и согласован с Вами определенный метод липосакции: вакуумно-аспирационная, и липофилинга .

4. Цель липосакции - удаление локализованных отложений жировой ткани в различных областях тела, в том числе с целью коррекции контуров лица и тела. Липосакция не является методом снижения массы тела.

Цель липофилинга – увеличение объема мягких тканей лица и тела.

5. Альтернативные методы для липосакции – консервативные методы, ведущие к уменьшению объема жировых отложений, отсутствие воздействия как такового

Альтернативные методы для липофилинга – восполнение объемов мягких тканей с помощью филлеров, отсутствие воздействия как такового

6. Абсолютными противопоказаниями к операции являются:

Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения;

Острые заболевания, в том числе инфекционные

Лихорадка

Наличие гемотрансмиссивных инфекций

Иммуносупрессия (ВИЧ, прием препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием)

Ожирение выше 2 степени;

Онкологические заболевания;

Беременность, период лактации;

Психические заболевания;

Планирование беременности в ближайшие 12 месяцев.

Варикозное расширение вен в зоне предполагаемой операции, тромбофлебит

Нарушение свертывающей системы крови

Относительными противопоказаниями к операции являются

Склонность к патологическому заживлению и формированию рубцовой ткани;

Хронические заболевания сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, иммунной системы

Метод оперативного вмешательства и будущий результат не соответствуют завышенным ожиданиям пациента/ки, при том, что результат услуги является субъективным и может не совпадать с мнением пациента/ки.

Местные противопоказания: повреждение кожных покровов в месте вмешательства, воспалительные процессы в месте вмешательства

Наличие относительных противопоказаний может вести к повышению риска нежелательных явлений и осложнений и снижать вероятность достижения эстетического результата.

7. Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют **риски и опасности для моего здоровья и жизни**. К неблагоприятным последствиям хирургического вмешательства относятся:

- Кровотечение и/или образование гематомы. Кровотечение может возникнуть во время операции, в первые часы после операции, в последующие дни после нее. При образовании гематомы иногда требуется повторная операция или ревизия раны с целью нахождения источника кровотечения и обеспечения хирургического гемостаза.

- Некроз кожи в области краев раны и в других областях. Некроз кожи связан с нарушением и недостаточным кровообращением области операции. В отдельных случаях для коррекции этого состояния требуется повторная операция.

- Нагноение раны, воспаление в области раны, сепсис. Данное осложнение может быть напрямую связано с проведенной операцией, а также может быть следствием некроза тканей, снижением иммунитета, нарушением рекомендаций лечащего врача.

- Гипертрофические и келоидные рубцы. Данное осложнение является следствием индивидуальных особенностей пациента. Лечение келоидных рубцов является сложной задачей и имеет высокий риск рецидива.
- Серома. Данное осложнение является следствием скопления тканевой жидкости в области операции или соседних зонах. В некоторых случаях требует проведения повторного оперативного вмешательства с целью дренирования серомы или пункции.
- Деформация контуров тела. Локальные изменения контуров могут быть следствием неравномерных отеков, скоплением свободной жидкости под кожей и других причин. Как правило, данные изменения специального лечения не требуют и самостоятельно проходят в течение 6-12 месяцев.
- Пигментация кожи. Пигментация возникает у пациентов с тонкой и нежной кожей при внутрикожных кровоизлияниях. Как правило, лечения не требует. Пигментные пятна обычно проходят самостоятельно в течение 6-12 мес.
- Повреждение нервных окончаний, нервных пучков, нервных каналов. Повреждение нервов является редким осложнением и в большинстве случаев иннервация восстанавливается самостоятельно в сроки до 12 мес.
- Перфорация внутренних органов. Является редким осложнением и требует выполнения дополнительного оперативного вмешательства и возможного перевода в многопрофильный стационар для дальнейшего лечения.

Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемыми процедурами:

временная отечность, уплотнение мягких тканей; снижение эластичности кожи; изменение цвета кожи; бугристость поверхности кожи; обвисание кожи из-за плохого сокращения асимметрия; нарушение пропорциональности тела; неудовлетворительные эстетические результаты; тромбоз поверхностных вен; тромбоз глубоких вен, а также иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше

8. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения

- Использование компрессионного белья является способом предотвращения осложнений и является обязательным.
- После проведенной пластической операции в течение первых трех дней увеличивается отечность тканей в зоне проведенной операции, отечность исчезает самостоятельно в течение времени.
- Отечность тканей в зоне операции всегда ассиметричная, т. е. отек справа может быть больше, чем слева.
- Окончательное формирование рубцовой ткани в области выполненной операции полностью зависит от индивидуальных соматических и генетических особенностей организма, после операции рубец на ощупь слегка твердый и имеет розовый цвет, затем рубец белеет и становится более мягким в течение 12 месяцев. В некоторых случаях сохраняется риск патологического формирования рубцовой ткани с образованием в течение времени после операции грубого рубца.
- В течение 12 месяцев существует вероятность снижения чувствительности кожи в зоне проведенной пластической операции.

9. Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию осложнений, что в свою очередь может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведения повторных операций.

Я понимаю, что результат успеха планируемого оперативного вмешательства зависит от множества факторов, в том числе от особенностей моего организма и состояния здоровья, в силу чего не существует абсолютной гарантии успеха лечения. Я также осознаю, что планируемый внешний вид после операции и достижение определенного эстетического эффекта были обсуждены с лечащим врачом, план операции согласован с лечащим врачом, но не существует абсолютной гарантии удовлетворенности мной результатом оперативного вмешательства.

10. Я добровольно даю согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам. Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

11. 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.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях:

12. Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня заболеваниях: _____

и о применяемых мною медицинских препаратах: _____

9. Я сообщаю о своих вредных привычках: _____

10. Я сообщаю врачу обо всех сделанных мною ранее эстетических коррекциях: _____

11. 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.

12. Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты 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. Мне известно, что существует риск недостижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Я достаточно информирован(а) и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта.
13. Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма, анемия, нарушение функции щитовидной железы, ожирение и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги.
14. 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.
15. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной мне операции в сторонние медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты.
16. 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.
17. 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.
18. 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 такие не являются основанием для предъявления претензий ООО «Центр косметологии и пластической хирургии».
19. Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.
20. 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.
21. При появившихся вопросах можно связаться с лечащим врачом по тел. **+7(343) 228-28-28**.

Согласие пациента

23 Я _____

утверждаю, что у меня была возможность обсудить моё состояние и предлагаемое мне проведение медицинской услуги. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения.

24 Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех имеющихся у меня хирургических вмешательствах, аллергических реакциях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

25 Я согласен(а) и разрешаю врачу ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» проведение липосакции.

26 Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых врач сочтёт необходимыми.

27 Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинских процедур в предложенном объёме.

28 Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться реакции, не описанные выше. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат.

29 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.

30 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 ООО «Центр косметологии и пластической хирургии».

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

32 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.

33 Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации.

34 Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение врачом своей обязанности по информированию меня, как пациента, о сущности оказываемой мне услуги.

35 Я даю согласие на клиническое фотографирование, понимая, что эти фотографии являются частью медико-юридической документации и останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий (без лица, анонимно) может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения квалификации хирургов, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения или любых других целей, которые клиника сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое персональные данные не будут разглашены.

36 Мне разъяснено моим врачом, что у меня есть альтернатива пройти лечение с обследованием в рамках обязательного медицинского страхования в государственном медицинском учреждении, бесплатно.

37 Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Второй экземпляр информационного листка и формы информированного согласия выдан мне на руки. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

38 Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента или его законного представителя: _____

Подпись врача: _____

ФИО _____

ФИО _____

Дата «___» _____ 201 г.

Дата «___» _____ 201 г.