

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Vaginal narrower
Вагинальными нитями
ДЕРМАФИЛ (DERMAFIL)**

Согласно ст. 20 Основ
об охране здоровья граждан в Российской
Федерации любое медицинское
вмешательство, имеющее своей целью
диагностику, профилактику или лечение
заболевания, допустимо только после
получения врачом добровольного
информированного согласия пациента.
Настоящее приложение является
неотъемлемой частью медицинской карты
пациента.

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:
 - *Статьи 20 Основ об охране здоровья граждан в Российской Федерации;
 - *Статей 7, 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»;
 - *Пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1066.
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 (законные представители) могли ознакомиться с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

Я _____ года рождения
Контактный телефон _____

Даю своё согласие на проведение хирургического вмешательства Vaginal narrower вагинальными нитями ДЕРМАФИЛ (DERMAFIL).

Я осведомлена о том, что нить Дермафил (DERMAFIL) предназначена для косметической и реконструктивной пластической хирургии. Представляет из себя синтетическую рассасывающуюся стерильную мононить. При введении она создаёт фиброзную реакцию, которая приводит к образованию так называемого «вторичного вектора тяги», который остаётся даже после полного рассасывания нити.

3. Нити представляют собой стерильный материал синтетического происхождения. Выбор препарата осуществляется врачом при первичном консультировании пациента с учётом медицинских показаний. Мне разъяснено, что несмотря на правильно выбранную тактику коррекции эффект от процедуры может быть недостаточен или слабо выражен, что потребует дополнительных материальных затрат.

4. Противопоказаниями к операции являются:

аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, псориаз, язвенный колит, системная красная волчанка, полимиозит и т.д.), тяжелые формы, стадия декомпенсации, прием цитостатиков;
эпилепсия, неконтролируемая лечением;
порфирия;
сахарный диабет 1 и 2 типа, в стадии детоксикации;
онкологические заболевания в анамнезе;
наличие гемотрансмиссивных инфекций;
рецидивирующая ангина, гайморит в анамнезе, нелеченый или находящийся в процессе лечения кариес, состояние менее 1 месяца после имплантации зубов;
аллергические реакции, известная повышенная чувствительность к полидиоксанону, лидокаину;
беременность, кормление грудью;
возраст до 18 лет;
наличие воспалительных очагов или признаков инфекции в зоне предполагаемой инъекции (акне, рецидив герпеса и др.);
ОРВИ, грипп (период болезни и 2 недели после выздоровления);
склонность к образованию гипертрофических рубцов;
срок менее 2-ух недель после лазерной обработки и фотоомоложения кожи, радиочастотного воздействия в зонах предполагаемой коррекции гелем.
С осторожностью:
аутоиммунные заболевания, стадия компенсации;
введенные ранее в зону предполагаемой коррекции неизвестные гели;
приём антикоагулянтов, аспирина, нестероидных противовоспалительных препаратов.

5. Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья. Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоза, жировой

эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий. Я также понимаю, что возможны следующие побочные явления в связи с планируемыми процедурами:

Воспалительная реакция в виде покраснения, высыпаний, несимметричного отёка в месте введения нитей, сопровождающиеся зудом, чувством распирания и болезненностью при надавливании. Это состояние является нормальным ответом тканей на вмешательство и в среднем может сохраняться 7 дней.

Гематомы, узелковые уплотнения, неровность рельефа кожи в местах введения нитей.

Окрашивание или обесцвечивание тканей в месте введения нитей.

Недостаточный, слабо выраженный или непродолжительный эффект от процедуры.

Сосудистые нарушения в зоне введения нитей (телеангиэктазии).

Асимметрия зон коррекции.

Покальвания в зонах введения нитей, болезненность при движении.

Я проинформирована, что перечисленные выше состояния могут появиться в течение восстановительного периода.

Осложнения:

Могут развиваться немедленно (в течение нескольких часов, суток после процедуры) и отсрочено (недели, месяцы).

Нарушение кровоснабжения тканей вследствие случайного механического давления нити на сосуд (при позднем обращении исходом является ишемия и некроз).

Поствоспалительная инфильтрация тканей (при позднем обращении исходом является формирование абсцесса, гранулем, фиброза).

Аллергические реакции на материал нитей (полидиоксанон) или лидокаин, не возникавшие ранее.

Пигментация кожи в местах длительно рассасывающихся гематом.

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

7. 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.

8. Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях:

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 перенесенных ранее хирургических вмешательствах:

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 не достижения или неполного достижения желаемого результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

13. Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма 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. Мне понятна предоставленная информация, устраивает планируемый результат. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом.

16. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной мне операции в сторонние медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, несогласованных с лечащим врачом, за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты.

17. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.

18. О необходимости соблюдения рекомендации в послеоперационном периоде я проинформирована. 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.

19. Я уведомлена, 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.

20. Я предупреждена, 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».

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

22. 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.

При появившихся вопросах можно связаться с лечащим врачом по тел. **+7(343) 228-28-28, +7(343) 228-28-26,**
дополнительный в тональном режиме **315** или **335.**

Согласие пациента

23. Я _____
утверждаю, что у меня была возможность обсудить моё состояние и предлагаемое мне проведение медицинской услуги. На все вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения.
24. Я утверждаю, что информировала 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 согласна и разрешаю врачу ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» проведение _____.
26. Я согласна и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которые врач сочтёт необходимыми.
27. Я ознакомлена и согласна 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 уведомлена, 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 предупреждена, 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 «___» _____ 202 г.

Дата «___» _____ 202 г.
