

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

**Капсулярная контрактура**

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»** (далее **Клиника**) 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. **Капсулярная контрактура молочной железы. Капсулэктомия. Капсулотомия.**

Формирование капсулы вокруг имплантата молочной железы является естественным ответом организма на введение инородного тела. Толщина капсулы зависит о активности реакции организма. Тонкая эластичная капсула не представляет никакой угрозы здоровью. При утолщении капсулы появляется дискомфорт, молочная железа уплотняется, меняется форма, смещается имплантат. Для устранения контрактуры молочной железы применяется частичная (капсулотомия) или полная (капсулэктомия) операция по удалению капсулы вокруг имплантатов.

4. Противопоказаниями к операции являются:

Легочная, сердечная недостаточность;

Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения;

Острые заболевания

Наличие гемотрансмиссивных инфекций

Онкологические заболевания;

Психические заболевания;

Период лактации;

Прекращение лактации менее 6 мес.

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, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемыми процедурами: послеоперационная инфекция; послеоперационное кровотечение; деформация мягких тканей, причем деформация после удаления имплантата может быть более выражена, чем до операции по эндопротезированию молочных желез; неврологические нарушения; неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, формирование поздней (отсроченной) серомы, формирование поздней (отсроченной) гематомы, временная отечность, образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, асимметрий; онемение (снижение или потеря чувствительности) или, наоборот, болезненность отдельных зон, в течение неопределенного времени; скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования; уплотнение мягких тканей; снижение эластичности кожи; изменение цвета кожи; неудовлетворительные эстетические результаты, а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

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.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: \_\_\_\_\_

8. 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 не достижения 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 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. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.
17. 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.
18. 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.
19. 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 Клинике.
20. Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.
21. 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.
22. Мне известно содержание гарантийных программ производителей имплантатов Silimed, Polytech, Mentor, Allergan и я понимаю, что гарантии производителей не покрывают все расходы, связанные с заменой имплантатов и возвращением моих затрат по их первичной установке. Я уведомлена, что качество имплантатов гарантируется их производителем, а легитимность использования их клиникой – государственной регистрацией в РФ. Мне понятно, что мой врач и Клиника отвечают исключительно за качество медицинских услуг по установке сертифицированных имплантатов, и что в случае разрыва имплантата (или иного его повреждения) или развития фиброза (капсулярной контрактуры и др. последствий реакции моего организма на имплантат), все манипуляции, необходимые для удаления и/или замены имплантата, фиброзной капсулы и др., проводятся Клиникой платно, за мой счет.
23. 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 Клиники проведение операции по устранению капсулярной контрактуры молочных желез. \_\_\_\_\_
- 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 Клинике.
- 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 Клиники, 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 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.