

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: удаление новообразований кожи

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения

1. Я _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения): _____

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач (ФИО, должность)

Клиника вправе заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена в доступной для меня форме полная и достоверная информация о моем (представляемого) состоянии здоровья. Мне сообщена врачом информация о диагнозе:

2.2. Мне известно, что в имеющейся клинической ситуации показано и рекомендовано врачом **проведение медицинского вмешательства - удаления новообразований кожи:**

на лице:

на прочих участках тела:

и я согласен (на) на проведение данного медицинского вмешательства врачом, а также привлекаемыми по его усмотрению ассистентами, медицинскими работниками Клиники.

3. Я понимаю, что целью данного медицинского вмешательства является улучшение качества кожи, улучшение её эстетических свойств. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения: в результате удаления новообразований кожи происходит коррекция эстетических свойств кожи, сглаживание её рельефа. Степень коррекции зависит от исходной глубины новообразований кожи, их биологических свойств, индивидуальных особенностей (типа кожи, гормонального статуса, особенностей обмена веществ, особенностей именного статуса, вредных привычек), а также от условий внешней среды, в которых происходит заживление дефекта и восстановление кожи после удаления новообразований кожи. Я понимаю, что абсолютно полное восстановление кожи после процедуры без всяких следов принципиально невозможно.

3.1. Мне известно об альтернативных методах лечения: проведение процедуры по удалению новообразований кожи высокочастотным радиоволновым методом на аппарате Сургитрон, непроведение медицинского вмешательства. Мне известно о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного медицинского вмешательства или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие осложнений как основного, так и сопутствующих заболеваний, обострений хронических, системных заболеваний.

4. Я предупрежден (-а), что противопоказаниями к медицинскому вмешательству являются: злокачественные новообразования в зоне обработки; онкологические заболевания, лучевая и химиотерапия; гипертоническая болезнь 3 стадии со значительным повышением уровня артериального давления; дерматозы в области проведения процедуры, фотодерматозы; случаи витилиго в семье; герпетическая инфекция в стадии обострения; обострение кожных и иных хронических заболеваний; острые инфекционные заболевания или нарушение иммунитета; беременность, период лактации; наличие сердечных водителей ритма; непереносимость токовых процедур; наличие импланта из силикона, свежих соединительнотканых рубцов в области предполагаемого проведения процедуры; психические заболевания.

Подписанием настоящего согласия я заверяю об отсутствии у меня (представляемого) указанных противопоказаний.

5. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я поставлен(а) в известность о возможных осложнениях: возможны дискомфортные/болевы ощущения после процедуры, реакции на процедуру в виде временной отечности, образование корки и гематомы, аллергических реакций, возникновение рубцов. Я предупрежден (а), что процедура удалений кожи может провоцировать появление эпидермальных кист (атером) и келоидных рубцов у лиц, имеющих к этому склонность. 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, возможного освобождения от работы, интенсивного лечения, госпитализации. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моей кожи и организма в целом.

5.1. Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений. Настоящим я доверяю врачу я изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

6. Настоящим я подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/ Пациента здоровьем, о наличии у сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перечисленных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях несовершеннолетнего пациента, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

6.1. Настоящим я сообщаю врачу об известных мне/лица, представителем которого я являюсь аллергических реакциях:

6.2. Я сообщаю о вредных привычках своих/лица, представителем которого я являюсь:

6.3. Я информирую о принимаемых в настоящее время медицинских препаратах:

6.4. Я сообщаю врачу о всех существующих у меня/лица, представителем которого я являюсь заболеваниях:

6.5. Я сообщаю обо всех произведенных ранее эстетических операций (с указанием места и времени проведения):

6.6. Я предупрежден (-а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат лечения, могут возникнуть тяжкие последствия вплоть до летального исхода и/или наступить иное повреждение моего/ Пациента здоровья. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня.

7. Я осведомлен (а) о том, что перед медицинским вмешательством необходимо тщательно снять макияж. Мне/лицу, интересы которого я представляю рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, образование корки), необходимости применения холодных компрессов, ограничений в применении макияжа.

8. Меня проинформировали о рекомендациях, которые необходимо соблюдать после медицинского вмешательства для профилактики инфицирования и других возможных осложнений и для ускорения заживления в течение не менее 2 месяцев после процедуры: не париться в бане и не загорать; постоянно использовать фотозащитные средства высокого фактора; ограничить применение декоративной косметики; пользоваться специальными противовоспалительными,

ранозаживляющими препаратами в соответствии с назначениями моего доктора; не проводить самолечения. Мне разъяснено, что в светлое время суток категорически противопоказано выходить из помещения, предварительно не нанеся фотозащитное средство высокого фактора защиты (не менее spf 50), вне зависимости от продолжительности пребывания на открытом воздухе.

9. Мне разъяснено, что о результате можно судить не ранее 4 месяцев после процедуры. Я предупрежден (а), что клиника не дает гарантийных обязательств в случае возникновения местного рецидива, т.к. это связано лишь с индивидуальными особенностями моего/лица, интересы которого я представляю организма, которые не возможно предугадать либо предвидеть.

10. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и сложность биологического организма человека, я согласен (-на), что ожидаемый результат, а также его продолжительность может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне как к представителю пациента. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений с моей стороны от предписаний лечащего врача. **Мне разъяснено и понятно следующее:**

10.1. длительность восстановительного периода зависит от степени выраженности изменений и индивидуальных особенностей кожи.

10.2. выраженность эффекта после проведенного медицинского вмешательства зависит от глубины воздействия диатермокоагуляции, криодеструкции, либо иссечения новообразований, при этом **могут удлиниться сроки реабилитации вследствие появления побочных эффектов временного характера, таких как:** эритема, гиперпигментация, гиперчувствительность кожи, усиление салоотделения и др. Эти явления в подавляющем большинстве случаев обратимы, но для ускорения процесса восстановления мне/лицу, интересы которого я представляю, могут потребоваться дополнительные реабилитационные мероприятия и время.

10.3. **одним из главных побочных эффектов постоянного характера данного вида медицинского вмешательства является риск образования рубцов, и на данном этапе развития медицины данный риск полностью спрогнозировать невозможно, что рубцы являются неизлечимыми изменениями кожи, т.е. полностью и бесследное удаление рубцов невозможно.**

10.4. косметический результат удаления новообразований кожи зависит от индивидуальных особенностей моей кожи/ кожи Пациента.

10.5. гормональный статус организма существенно влияет на достижение результата любой процедуры.

11. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о медицинском вмешательстве. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я согласен (на) на его проведение. Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; сроки проведения медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мной (моим несовершеннолетним сыном/дочерью) рекомендаций врача. Рекомендации, необходимые к соблюдению перед и после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и понятны. Я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я предупрежден о том, что в случае невыполнения мною рекомендаций врача, несоблюдения правил ухода за раной, наличия иммунодефицитных состояний, склонности к образованию рубцов и пигментации, Клиника освобождается от ответственности и возмещения ущерба.

12. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

13. Я ознакомлен (а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

<i>Дата</i>	<i>ФИО, подпись пациента/законного представителя</i>	<i>Должность, ФИО, подпись врача</i>

На гистологическое исследование полученного материала согласен (-а):

Я уведомлен (а) и согласен(на), что информация о результатах исследования предоставляется медицинским работником на приеме (консультации). Обязуюсь обратиться за консультацией (на прием) специалиста за получением информации о результатах гистологического исследования.

Подпись пациента/ законного представителя _____ / _____ /

От гистологического исследования отказываюсь, о последствиях предупрежден (-а):

Подпись пациента/ законного представителя _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства - местную анестезию.

Настоящим я соглашаюсь на проведение мне/ ребенку _____

(Ф.И.О. пациента, год рождения)

указанного в данном документе вида медицинского вмешательства с применением местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я согласен(на), что анестезия будет проводиться с применением лекарственного препарата:

Наименование лекарственного препарата, концентрация	Количество

Мне даны разъяснения лечащим врачом о: механизме действия лекарственного препарата, о его побочных эффектах, возможных осложнениях, о противопоказаниях для применения данного препарата.

Мне разъяснено, что при применении анестезии возможны осложнения и нежелательные реакции: аллергические реакции организма на применяемые препараты; анафилактический шок; обморок; коллапс; шок; учащенное сердцебиение; остановка дыхания; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями; пост инъекционная гематома.

Я проинформирован(а) и понимаю, что обезболивание может быть затруднено (может быть не достигнуто) при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; после употребления алкогольных или наркотических препаратов; после применения анальгезирующих препаратов.

Я проинформирован(а) о противопоказаниях к применению данного препарата: наличие в анамнезе аллергических реакций на анестетики; беременность, период лактации.

Мне известно, что альтернативным вариантом является неприменение местной анестезии.

Настоящим подтверждаю, что я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моим/ представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого) сопутствующих и перенесенных заболеваний. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я поставлен в известность о препаратах той же фармакологической группы и сходных лекарственных препаратах.

С применением лекарственного препарата согласен(на). Отсутствие противопоказаний для его применения подтверждаю. Аллергии на данный препарат, препараты той же фармакологической группы и сходные лекарственные препараты отрицаю. Индивидуальные реакции на данный препарат, препараты той же фармакологической группы и сходные лекарственные препараты отрицаю. Я сообщил врачу полную и достоверную информацию о принимаемых мной (представляемым) в настоящее время лекарственных препаратах. Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

<i>Дата</i>	<i>ФИО, подпись пациента/законного представителя</i>	<i>Должность, ФИО, подпись врача</i>