

Информированное добровольное согласие на процедуру плазмотерапии

На основании федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Вы, как пациент клиники «Мастерская Красоты», имеете право получить информацию о **процедуре плазмотерапии** с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.

Ф.И.О. полностью/ дата рождения

проживающ(ий/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 или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на процедуру **плазмотерапии** для получения специализированной врачебной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО Мастерская Красоты +

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я проинформирован(а) о необходимости пройти назначенные врачом медицинские обследования и лабораторные исследования, и понимаю, что это делается в моих интересах.

Я проинформирован(а) о необходимости рассказать лечащему врачу о всех перенесенных инфекционных, вирусных заболеваниях, хирургических вмешательствах, косметологических процедурах, о имеющихся у меня вредных привычках, и понимаю, что утаивание информации может принести вред моему здоровью и жизни.

Я проинформирован (а) о методе проведения процедуры:

Применяется обогащенная тромбоцитами плазма, которая представляет собой концентрат тромбоцитов в малом объеме плазмы крови, полученной из крови пациента, которая вводится внутривенно, папульно или болюсно. Используются стерильные пробирки для подготовки аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами.

Мне разъяснены результаты процедуры: эффект от проводимой терапии возникает не сразу, наблюдается улучшение цвета кожи, повышения ее тургора, при постановке обогащенной тромбоцитами плазмы в область волосистой части головы уменьшается выпадения волос. Возможен слабый результат или его отсутствие в виду индивидуальных особенностей пациента.

Мне разъяснено, что для достижения максимального эффекта необходимо проведение нескольких процедур в зависимости от состояния кожи пациента, процедуры могут проводиться курсом в комбинации с другими методами. Для достижения результата требуется пройти полный курс назначенных врачом процедур, я понимаю, что в зависимости от индивидуальной реакции на процедуры, назначения могут корректироваться.

Мне разъяснен связанный с процедурой восстановительный период: в течение до 7 дней возможны гематомы, покраснение, отек в периорбитальной области, в месте инъекций.

Альтернативные варианты: применение пробирок для получения обогащенной тромбоцитами плазмы других брендов.

Я проинформирован(а) о том, что необходимо:

- отказаться от приема алкоголя за сутки до процедуры

- не принимать аспирин в течение 3 дней до процедуры

Я проинформирован(а) о вероятных осложнениях:

- Гиперемия, отек

- Зуд, жжение, петехиальная сыпь

- Аллергическая реакция на лазерное воздействие,

- Изменение цвета кожи в зоне обработки (депигментация, гиперпигментация, гипопигментация)

- Ожог кожи

- Усиление роста волос в зоне обработки

Я проинформирован(а) о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:

- беременность, лактация

- детский возраст

- острые инфекционные заболевания, в том числе активный туберкулез

- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь 3 степени и выше, тяжелые нарушения ритма

- тяжелая эндокринная патология: сахарный диабет (сахар крови превышает 12 ммоль/литр, тиреотоксикоз

- обострение хронических заболеваний, хронические заболевания в стадии декомпенсации, органная недостаточность

- лихорадочные состояния, в том числе лихорадка неясного генеза

- хронические заболевания кожи в стадии обострения, псориаз (прогрессирующая стадия)

- онкологическая патология

- иммуносупрессия (ВИЧ, прием препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием)
- системные заболевания соединительной ткани, аутоиммунная патология
- гормонозависимая бронхиальная астма (3-4 степени терапии)
- психические заболевания, заболевания ЦНС с резким возбуждением
- состояние алкогольного или наркотического опьянения
- индивидуальная непереносимость определенного вида лазерного излучения
- склонность к патологическому заживлению
- клинические проявления герпетической инфекции
- эпилепсия, эпилептический синдром
- пограничные состояния
- критическая тромбоцитопения (уровень тромбоцитов менее 100 тыс./мкл, уровень гемоглобина менее 100 г/л)
- аномалии и дисфункции тромбоцитов
- гипофибриногенения
- гемодинамическая нестабильность
- антикоагулянтная или антиагрегантная терапия

Вероятные осложнения:

- инфицирование, обострение герпетической инфекции
- аллергическая реакция на препараты, применяемые во время процедуры
- отек
- покраснение кожи в области обработки
- обширные гематомы

Я ознакомлен (а) с рекомендациями и ограничениями в режиме:

- не прикасаться к коже в области обработки в течение 6 часов
- не наносить макияж в течение 24 часов, не использовать новые косметические средства в течение 2-х недель после процедуры
- избегать воздействия солнца, (использовать солнцезащитные фильтры с фактором 30 и более) и отложить посещение солярия в течение 1 недели после процедуры
- не подвергать кожу интенсивному тепловому воздействию (сауна, баня) в течение 2-х недель
- согласовать возможность проведения других косметологических процедур (в том числе аппаратных) на период 2 недели после проведенной обработки.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь противопоказания (иные индивидуальные реакции) могут повлечь осложнения и привести к дополнительным лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы **и клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях (иных индивидуальных реакциях), но дал(а) свое согласие на процедуру.**

Я внимательно прочитал(а) информированное добровольное согласие, понял(а) его содержание и терминологию, у меня была возможность задать медицинскому работнику вопросы и получить ответы в удовлетворяющей меня форме. Памятка о рекомендуемом поведении в после процедурный период **мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.**

Я ознакомлен(а) с особенностями восстановительного периода, возможными осложнениями, полностью осознаю содержание и назначение данного документа, даю свое согласие на проведение процедуры **плазматерапии.**

Я понимаю, что подписанное мной информированное добровольное согласие является документом, который может быть использован при оценке качества оказанной мне медицинской услуги и **ставлю свою подпись в ясном осознании личной ответственности.**

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Приложение к договору

№ 1

Назначение на сегодняшний день

Наименование процедуры	Курс	Стоимость
Плазматерапия		