

ФИНГОМОРМОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на предоставление ему медицинских услуг (курса услуг)
«Удаление сосудистых звёздочек методом CLaCS (комбинация чрескожного лазера и склеротерапии)» (A11.12.003.002 - Внутривенное введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии)
в ООО «ВЕНЗДРАВ»,

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Я,

являясь законным представителем _____,

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление медицинских услуг (курса услуг) **«Удаление сосудистых звёздочек методом CLaCS (комбинация чрескожного лазера и склеротерапии)» (A11.12.003.002 - Внутривенное введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии)** (далее по тексту – Услуга) в ООО «ВЕНЗДРАВ», расположенном по адресу: г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, д. 38\16 помещ.112 (далее по тексту – Клиника).

Причины предоставления Услуги: наличие моего желания, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

Описание Услуги. Склеротерапия вен – безоперационный метод лечения варикоza путём введения в просвет вены специальных препаратов (склерозантов). CLaCS Склеротерапия — это способ воздействия на вены с помощью тепловой, химической и холодной энергии одновременно. Вены обрабатываются с помощью чрескожного лазера, который вызывает их повреждение и, как следствие, веноspазм. После повреждения вены, следующим этапом является введение склерозанта. Основной эффект воздействия лазера достигается благодаря длине волны, которая селективно повреждает вену (фототермолиз) без повреждения кожных покровов. Энергия лазерного излучения поглощается кровью находящейся в просвете сосуда. В результате происходит химическое разрушение стенки расширенной вены, что приводит к её закупориванию и исчезновению.

Цели предоставления Услуги: устранить эстетические дефекты, связанные с наличием варикоza любой локализации или поражением сосудистой сетки, звёздочками; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

Показания к предоставлению Услуги: наличие ретикулярного варикоza, телеангиоэктазий, сосудистой сетки, звёздочек, сосудистых подкожных новообразований; изолированный варикоz притоков малой или большой подкожных вен; наличие патологического рефлюкса в перфорантных венах, после устранения его в магистральных; наличие противопоказаний к другим методам лечения у пациентов со стволовой формой варикозной болезни.

Противопоказания к предоставлению Услуги: известная аллергия на склерозант; тяжелые системные заболевания; тяжелая генерализованная инфекция; гнойничковое поражение кожи в зоне склеротерапии; острый тромбоз глубоких и/или поверхностных вен; длительная иммобилизация или постельный режим; заболевания периферических артерий с хронической ишемией 3-4-й степени; беременность и лактация; инструментально подтвержденное наличие открытого овального окна без клинической симптоматики; транзиторные нарушения зрения или неврологические расстройства после предшествующей пенной склеротерапии; выраженный отек голеней; бронхиальная астма; аллергический диатез; подтвержденная тромбофилия.

Иные противопоказания к предоставлению Услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс предоставления Услуги: 1-6 сеансов с интервалом в 1 месяц.

Риски при предоставлении Услуги: несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких месяцев; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

Альтернативные варианты предоставления Услуги. Я подтверждаю, что до принятия решения о предоставлении мне данной Услуги, я ознакомлен(на) с предложенными мне альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Согласии. Я осознанно выбираю данную Услугу из числа предложенных и согласен(на) на её предоставление.

Предполагаемый результат предоставления Услуги. Ожидаемый эффект от предоставления Услуги - исчезновение или уменьшение расширенных подкожных и внутрикожных вен. Склеротерапия внутрикожных сосудов преследует косметические цели. Склеротерапия не предотвращает появления новых расширенных подкожных или внутрикожных вен, в том числе в зоне проведения склеротерапии. В последующем может потребоваться повторное лечение.

Эффект от склерозирования не является моментальным, а наступает в сроки от 2 недель до нескольких месяцев (в зависимости от диаметра сосуда) только при соблюдении всех рекомендаций по срокам и виду эластической компрессии.

Я согласен(на) с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от меня причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Возможные побочные реакции после предоставления Услуги. Часто: зуд кожи (в большинстве случаев проходит через 1-2 часа после процедуры, изредка может сохраняться более суток); появление кровоизлияний («синячков») в местах уколов (в большинстве случаев рассасываются в течение 2-4 недель); потемнение кожи по ходу склерозированных вен – гиперпигментация (со временем интенсивность гиперпигментации снижается; регресс гиперпигментации после склеротерапии сосудов малого калибра наступает в сроки 8 – 16 недель, большого калибра - в сроки 6 – 24 мес., в редких случаях может сформироваться стойкая остаточная гиперпигментация); боль малой интенсивности в местах инъекций и по ходу склерозированных вен (менее 1 % наблюдений). В редких случаях – эрозия кожи в месте инъекции. В редких случаях в зоне проведения склеротерапии может появиться красная сеть очень тонких сосудов (мэттинг), в большинстве случаев мэттинг проходит самостоятельно в течение 4– 6 месяцев; мэттинг может потребовать проведения склеротерапии и лазерной чрескожной коагуляции. Крайне редко - аллергические реакции (риск более высок у пациентов, имеющих аллергию на другие виды медикаментов), некроз кожи в месте инъекции, воспаление вены (флебит или тромбофлебит). Крайне редко - тромбоз глубоких вен (может возникнуть при нарушении предписаний врача в отношении двигательного режима и эластической компрессии). Во время

процедуры иногда может отмечаться кашель, временная потеря ограниченного поля зрения, головные боли, тошнота, проходящие без специального лечения.

Я информирован(а), что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений. Мне известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Анестезия. Мне разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение инъекционной или проводниковой анестезии. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакциях (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен(а) на её применение.

Рекомендации после предоставления Услуги предоставлены мне в полном объеме. Я понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моём здоровье.

Вариативность Услуги в процессе её предоставления. Я предупреждён(а) и согласен(а) с тем, что объем манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время предоставления Услуги врачом. В случае необходимости корректировки Услуги или предоставления другой медицинской услуги я доверяю своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми.

Информация о своём здоровье. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что предоставление Услуги при существующих противопоказаниях к ней, могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к предоставлению Услуги, о которых мне сказал лечащий врач, у меня нет. При появлении у меня противопоказаний к предоставлению Услуги после подписания настоящего согласия обязуюсь уведомить об этом врача, предоставляющего мне Услугу. В противном случае ответственность за неуведомление лежит на мне.

Я признаю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как и то, что я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Информирование об Услуге. Я в полной мере проинформирован(а) об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей Услуге, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на её предоставление. Настоящее согласие совершено мною по собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии Услугу.

Я имел(а) возможность задать моему лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Данное согласие является письменным подтверждением обсуждения мною с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Я подтверждаю, что до подписания данной формы согласия я прочитал(а) и понял(а) всю представленную мне информацию.

Я согласен(на), что при смене врача, предоставляющего мне Услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обоим сторонам подписывать новое согласие не требуется.

Обращение в стороннее медицинское учреждение. Я согласен(а) с тем, что в период предоставления Услуги (курса услуг) без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения предоставления Услуги (курса услуг) или устранения допустимых реакций организма, осложнений - исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

Сроки осмотра. Я информирован(а) о том, что в течение трёх дней после предоставленной мне Услуги я должен(на) явиться на плановый осмотр к лечащему врачу Клиники, а также на контрольный осмотр к своему лечащему врачу, дату которого устанавливает последний. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после предоставления Услуги и претензий к результату предоставленной Услуги я являюсь на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

Использование данных. Я информирован(а), что Клиника оставляет за собой право на фото- и видеосъемку (фото- и видеопроколирование) меня в до и послеманипуляционный (послеоперационный) период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса предоставления Услуги, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях.

Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, географию и продолжительность их использования, способы их редактирования.

Я согласен(а), что Клиника имеет право использовать фото- и видеоматериалы для создания рекламных полиграфических изделий (листовок, каталогов), во всех периодических и неперидических изданиях как иллюстрации к статьям, на официальном сайте Клиники, а также на других сайтах в сети «Интернет», в любых видах наружной рекламы без дополнительного вознаграждения.

Я согласен(а), что Клиника не будет согласовывать со мной планируемые к использованию фото- и видеоматериалы.

Я согласен(а), что Клиника не будет использовать мои настоящие персональные данные, включая ФИО и возраст при публикации фото- и видеоматериалов.

Я осознаю и даю согласие, что в процессе размещения фото- и видеоматериалов с моим участием в открытых источниках, может быть разглашена информация о факте моего обращения в медицинское учреждение Клиники.

Я согласен(а), что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Клиникой для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя): _____

Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника: _____