

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на предоставление ему медицинской услуги (курса услуг)
«Эндовенозная лазерная облитерация»
(A22.12.003.001- Эндовазальная лазерная коагуляция вен нижних конечностей)
в ООО «ВЕНЗДРАВ»

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Я,

являясь законным представителем _____,

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление медицинской услуги (курса услуг) «Эндовенозная лазерная облитерация» (A22.12.003.001- Эндовазальная лазерная коагуляция вен нижних конечностей) (далее по тексту – Услуга) 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. Эндовенозная лазерная облитерация вен – это современный метод лечения вен с варикозной болезнью с помощью лазерного луча. В варикозную вену вводится специальный световод, по которому подается лазерный луч. Он воздействует на вену изнутри. В ходе процедуры обрабатывается только пораженный участок вены. Весь процесс контролируется врачом с помощью УЗИ. Под тепловым воздействием лазера вена «заваривается», ее просвет закрывается и восстанавливается нормальное кровообращение. Метод основан на термическом воздействии энергии лазерного излучения на венозную стенку. Вначале процедуры наблюдается «сгорание» крови, находящейся в просвете вены, с образованием смеси газов; в следующую фазу наступает прогрев венозной стенки, сопровождающийся денатурацией белка коллагена. За счет сокращения тканей уменьшается диаметр вены. С течением времени в результате процессов организации вена приобретает вид соединительнотканного шнура.

Цели предоставления Услуги: устранить эстетические дефекты, связанные с наличием варикоза, варикозных узлов; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

Показания к предоставлению Услуги: варикозная болезнь нижних конечностей на любой стадии заболевания; обработка магистральных венозных стволов и приустья расширения при трофических нарушениях, венозной недостаточности, уплотнении и выпирании вен над поверхностью кожи; посттромбофлебитический синдром; острый тромбоз вен; трофические язвы на разных стадиях при варикозной болезни.

Противопоказания к предоставлению Услуги: некомпенсированная артериальная гипертензия; некомпенсированная ишемическая болезнь сердца; выраженная артериальная недостаточность нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз сосудов, ангиопатия при диабете и т. д.); острые воспалительные заболевания кожи и мягких тканей нижних конечностей (абсцесс, фурункул, пиодермия); острые инфекционные заболевания; тяжелые соматические патологии, в том числе те, которые затрудняют самостоятельное передвижение пациента (выраженный артроз коленных суставов, перенесенный инсульт и другие); беременность и послеродовой период (первые 3–5 месяцев); установленная тромбофилия; хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК); сопутствующая патология, требующая первоочередного лечения; невозможность создания адекватной компрессии после вмешательства у пациентов, страдающих ожирением; значительное расширение ствола БПВ; предшествующая стволовая склеротерапия.

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

Рекомендованный курс предоставления Услуги: индивидуальный.

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. 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: тромбоз и тромбоз вен; гематомы в местах проколов; повреждение периферических нервов по ходу вены; онемение конечности; пигментация кожи в области прокола; повышение температуры на протяжении первых суток.

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 реакций (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 объём манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объёма 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 обеим 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 видеосъёмку (фото- и видеопроотоколирование) 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 видеосъёмки, 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 непериодических 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: _____