ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

В соответствии со ст. 20,22,27,84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ

Я_____

(ФИО гражданина)

_____

подтверждаю свое добровольное согласие на получение в клинике ООО «Мастерская Красоты плюс» платной медицинской услуги

Пластика ушных раковин (на оба уха)
(изменение формы ушей)
Коррекция торчащих ушных раковин: I степень, II степень, III степень, устранение деформации ушной раковины;
Пластика дефекта ушной раковины I степень, II степень; пластика «складывающейся ушной раковины»; пластика рваной мочки

До проведения медицинского вмешательства, медицинским работником (пластическим хирургом)

_____

(должность, ФИО медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснена полная информация о

1. *Целях медицинского вмешательства, в частности:* устранение дефектов, изменение формы ушной раковины.
2. *Методе медицинского вмешательства, в частности:* пластика ушных раковин может выполняться под местной анестезией, наркозом, пациенту перед операцией под наркозом необходимо пройти не только полное клинико-лабораторное обследование, но и консультации соответствующих специалистов: терапевта, гинеколога (для женщин), анестезиолога. Для успешного проведения хирургического лечения и профилактики осложнений пациент обязан предупредить хирурга о сопутствующих и перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, возможной аллергической реакции на лекарственные препараты. После операции пациентка некоторое время находится под наблюдением анестезиолога, затем переводится в палату под наблюдение лечащего врача, дежурного врача и дежурной медицинской сестры.
3. *Имеющихся рисках медицинского вмешательства, в частности:* развитие инфекции, образование гематомы, изменения в ощущениях, послеоперационная боль, замедленное заживление операционной раны, скопление тканевой жидкости (серома) или крови (гематома) может потребовать ревизии раны и эвакуации содержимого; при несоблюдении послеоперационного режима, у пациентов со снижением иммунитетом и у курящих пациентов возможно нарушение питания краев кожной раны, приводящее к длительному её заживлению и формированию широкого рубца; в связи с пониженным тургором кожи в подбородочной области, после планируемой липосакции, трудно ожидать хорошего эстетического результата.
4. *Альтернативные варианты медицинского вмешательства, в частности:* аппаратные методики, применение других косметических средств. Мне разъяснено моим врачом, что у меня есть альтернатива пройти лечение с обследованием в рамках обязательного медицинского страхования в государственном медицинском учреждении, бесплатно.
5. *Противопоказаниях медицинского вмешательства, в частности:* гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации, бактериальные и вирусные инфекции, онкологические заболевания, болезни крови и эндокринной системы (сахарный диабет и др.), тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и мочеполовой сферы (врожденный порок сердца, пороки развития почек, бронхиальная астма и др.), психические и другие заболевания. При наличии катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, повышенной температуре тела или менструации – операция должна быть перенесена на другой день. Курящим пациентам не менее чем за месяц до операции желательно расстаться с вредной привычкой.
6. *Возможные осложнения и последствиях медицинского вмешательства, в частности:* краснота, после операции развивается отек и изменяется цвет кожи зон подтяжки, в редких случаях изменение цвета кожи сохраняется на более длительный срок (3-4 недели), разрезы обычно заживают с образованием тонкого рубца; через несколько месяцев после операции эти рубцы светлеют и становятся практически незаметными. Качество рубца не может быть в полной мере предсказано, так как процесс формирования индивидуален, может сформироваться келоидный рубец, который потребует дополнительное лечение. Первые несколько недель может отмечаться временное снижение чувствительности, уплотненность глубоких тканей; синяки,

анафилактический шок; нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбозы вен, аллергическая реакция, летальный исход. Данные состояния проходят после соответствующего лечения или повторной корригирующей операции. Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя время. Несмотря на то, что такие эффекты являются временными, о любых неблагоприятных реакциях следует немедленно сообщать врачу.

7. *Ожидаемых результатах медицинского вмешательства:* коррекция формы ушной раковины, устранение дефектов.
8. *Том, что после проведения процедуры* результат в среднем через 3-4 (три- четыре) месяца после операции. В некоторых случаях возможно разрешение отека в течение 6-12 (шести, двенадцати) месяцев. После операции необходимо ношение поддерживающей компрессионной повязки, в течение 5-15 (пяти – пятнадцати) дней (срок согласуется с хирургом). До момента снятия швов необходимо избегать попадания воды на область послеоперационного рубца. Запрещается целиком мыться в душе или принимать ванну до особого индивидуального разрешения со стороны оперирующего хирурга. Рекомендации охранительный режим в течение 60 (шестидесяти) суток после операции. При болях необходимо употреблять обезболивающие препараты, указанные лечащим врачом в рекомендациях. По назначению лечащего врача пройти курс антибиотикотерапии. Крайне важно являться на все перевязки и контрольные осмотры, назначенные лечащим врачом. Запрещается самостоятельно снимать пластырную повязку, удалять корочки с линии шва, наносить лекарственные и иные средства на область шва, кроме рекомендованных лечащим врачом и указанных в рекомендациях. Контрольные осмотры проходить необходимо через 1 неделю, 2-3 недели, 1, 3, 6, 12 месяцев после операции. Если такой возможности нет, то необходимо присылать своему лечащему врачу по электронной почте фотографии лица (от макушки до ключиц) в пяти стандартных проекциях и описание самочувствия, в котором отмечать температуру тела на момент фотографии, ночной сон, работоспособность и все ощущения в области ушных раковин. При ЛЮБЫХ возникающих вопросах и сомнениях необходимо связываться с лечащим врачом.
9. Мною получена памятка с рекомендациями по домашнему уходу_____
10. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука, и самый авторитетный хирург не может дать 100% гарантию получения желаемого результата, 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.

11. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача, а также рекомендации, изложенные в полученной мной памятке, не проводить самолечения.

12. Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

13. Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего лица и организма.

14. Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение хирургических, лечебных и диагностических процедур.
15. **Согласие на фото и видео съёмку:**
    Я понимаю, что съемка необходима, уполномочиваю доктора или его ассистентов провести фото или видеосъёмки, которые зафиксируют мой клинический случай.
    Иногда некоторые из этих фотографий или видеозаписей могут иметь большое значение для научной и медицинской информации, следовательно, могут быть использованы для медицинских публикаций и в рекламных целях (в частности, размещение в интернете) без разглашения имени пациента.
    Я проинформирована об этом и разрешаю использование этих фото и видео материалов в указанных целях.
    «____» _____20___г. _____ (подпись пациента)
16. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получены

Пациент _____ _____

(подпись) (ФИО)

Врач_____ _____

(подпись) (ФИО)

«_____» _____20_____г.