

Унитарное предприятие "ОМНИЯ КЛИНИК"

УНП 810000957, ул.Волотовская,1А-22, г.Гомель, 246050, тел. (232)320800

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

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:

Статей 41, 44, 45, 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»;

Статей 5, 7, 8, 10, 11 Закона Республики Беларусь «О защите прав потребителей»;

2. Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) унитарного предприятия «ОМНИЯ КЛИНИК» (далее-Клиника) необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: радиочастотно-ультразвуковой лифтинг (BTL EXILIS ELITE) лица и тела

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 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- радиочастотно-ультразвукового лифтинга (BTL EXILIS ELITE)

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: механизм действия радиочастотно-ультразвукового лифтинга Exilis Elite основан на синергичном воздействии радиочастотной энергии, ультразвука и контролируемых тепловых импульсов, что способствует омоложению кожи, основанному на неколколагеногенезе; в адипоцитах запускается интенсивный процесс липолиза, что приводит к выраженному эффекту подтяжки кожи и уменьшению локальных жировых отложений. Для достижения максимального эффекта необходимо проведение курса процедур. Курс состоит из 4-6 процедур. Интервал между процедурами в одной области воздействия составляет от 7 до 14 дней.

4. 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.

5. Я предупрежден (-а), что противопоказаниями к медицинскому вмешательству являются: острая бактериальная или вирусная инфекция; хронические заболевания в стадии обострения; наличие металлических, электронных имплантов, имплантируемого кардиостимулятора, автоматического дефибриллятора / кардиовертера, нейростимулятора; беременность; применение в зоне роста кости; применение в области головы, сердца; системные заболевания крови, нарушения процессов свертывания крови, прием антикоагуляционных препаратов; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия, артериальная гипертензия 3 стадии со значительным повышением уровня артериального давления); эпилепсия с частыми судорожными припадками; нахождение на диспансерном учёте у психиатра (нарколога), онколога; прием изотретиноина, иммуносупрессивных препаратов; индивидуальная непереносимость физического фактора; индивидуальная непереносимость компонентов косметических средств. Наличие инъекционных имплантов, нитевых имплантов, инъекций препаратами на основе ботулинического токсина типа А в области воздействия, является относительным противопоказанием к проведению процедуры Exilis Elite.

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

7. 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: гиперемия в зоне проведения процедуры; сухость, шелушение кожи в зоне проведения процедуры; дискомфорт, связанный с повышением температуры в дермальном и (или) подкожно-жировом слое кожи.

7.1. После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках кожи могут наблюдаться **обычные явления:** гиперемия и отёчность в области проведения процедуры. Это нормальная реакция, связанная с повышением температуры в дермальном и подкожно-жировом слоях кожи, которая проходит через 2-3 часа после процедуры. В некоторых случаях реакция может сохраняться до 1-2 дней. Сухость, шелушение кожи в зоне проведения процедуры. Аллергическая реакция немедленного и замедленного типа. Ощущение тепла и (или) жжения в области воздействия, связанные с повышением температуры в дермальном и подкожно-жировом слоях кожи. Об ощущениях дискомфорта или боли необходимо незамедлительно предупредить специалиста клиники, для дальнейшей корректировки параметров воздействия.

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

8. 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 об употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

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

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

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

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

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

8.6. 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.

9. Я осведомлен (а) о том, что перед медицинским вмешательством для обеспечения наибольшего комфорта, процедуру высокочастотной магнитотерапии SIS следует проводить в свободной одежде, без металлических элементов ниже талии. Запрещается размещение ферромагнитных или металлических материалов, носителей данных (кредитных или дебетовых карт, флэш-накопителей USB и пр.), электронных приборов (мобильных телефонов, планшетных компьютеров, часов, ПК и пр.) вблизи аппликатора (менее 1 метра), используемого во время терапии.

10. Мне/лицу, интересы которого я представляю рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций необходимости соблюдения рекомендаций.

11. Меня проинформировали о рекомендациях, которые необходимо соблюдать после медицинского вмешательства: повышенное потребление жидкости (более 2,5л/день); физическая активность; качественный домашний уход за кожей (очищение, увлажнение, защита от солнца (UVA/UVB)). Не рекомендуется подвергать кожу трению, травмированию, воздействию солнечных лучей, воздействию экстремально низких температур. Процедура РАДИОУЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛИФТИНГА BTL EXILIS ELITE осуществляется без повреждения эпидермального слоя кожи, не имеет сроков реабилитации, подходит для любого типа кожи.

12. 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:**

12.1. продолжительность восстановительного периода зависит от степени выраженности изменений и индивидуальных особенностей кожи;

12.2. косметический результат медицинского вмешательства зависит от индивидуальных особенностей моей кожи/ кожи Пациента;

12.3. гормональный статус организма существенно влияет на достижение результата любой процедуры;

12.4. эстетический эффект и его длительность от применения препарата, зависит от состояния кожи, возраста и Вашего образа жизни (курения, увлечения загаром, стрессов, резкой потери веса, частых авиаперелетов, посещения бани, нерегулярности процедур).

13. 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.

14. 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.

15. Я ознакомлен (а) с правилами внутреннего распорядка для пациентов Клиники, и обязуюсь их соблюдать. Я даю согласие на клиническое фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения медицинских знаний, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения или любых других целей, которые клиника сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое имя не будет упомянуто.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг. 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, дерматоскопию 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/дерматоскопического исследования отказываюсь, о последствиях предупрежден (-а):

Подпись пациента/ законного представителя _____/_____/

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства - местную (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) 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:

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 антибиотиков, 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, действующих 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. Аллергию 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>