

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: контурная пластика

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-контурной пластики 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 работы препаратов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты или гидроксиапатита кальция (представляет собой стерильный апиrogenный неживотного происхождения гель, являющийся инъекционным имплантатом) заключается в заполнении умеренно выраженных и глубоких провисаний кожи лица путем введения препарата в средние и/или глубокие слои дермы для коррекции асимметрии и объёмов различных зон.

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: известная повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте; известная повышенная чувствительность к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов; острые инфекционные состояния; воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры; повреждение целостности кожи в области воздействия; беременность, период лактации; нахождение на диспансерном учете у онколога и психиатра (нарколога), а также прием иммунодепрессантов и ретиноидов; нарушения процессов свертывания крови, прием антиагрегантов; хронические заболевания в стадии обострения; системные заболевания соединительной ткани, склонность к келоидообразованию; эпилепсия с частыми судорожными припадками.

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: инфицирование в области инъекций (гранулёма, абсцесс); гиперчувствительность замедленного типа; гипо- и гиперпигментация в области инъекций (чаще при несоблюдении рекомендаций врача); образование рубцов (теоретически могут появиться при присоединении инфекции и попытке самолечения, например, срывании корочек, вскрытии пузырьков, использовании разнообразных местнодействующих веществ, несоблюдении рекомендаций врача); эффект Тиндаля - изменение цвета кожи в местах введения препаратов на основе гиалуроновой кислоты. может встречаться у пациентов с тонкой кожей, при неправильно подобранной плотности препарата (легко и быстро устраняется врачом при своевременном обращении); гиперкоррекция диагностируется только спустя 1 месяц после манипуляции. также корректируется врачом; эмболия препаратом для контурной пластики -остро возникающее состояние обтурации периферических сосудов в области коррекции, сопровождается резкой болезненностью, отёком, изменением цвета кожных покровов (в периорбитальной области-потерей зрения).

7.1. После проведения процедуры на подвергшихся обработке участках кожи могут наблюдаться обычные явления: после проведения процедуры на подвергшихся обработке участках кожи могут наблюдаться обычные явления: воспалительная реакция в месте инъекций (отек, эритема, покраснение и др.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании; подобная воспалительная реакция может сохраняться до 14 дней; возникновение кровоподтеков; возникновение уплотнений или узелков (папул) в месте инъекции до 7-14 дней; асимметрия за счёт подкожных гематом. Обычно устраняется самостоятельно в течение 2-х недель, но может сохраняться до 1 месяца.

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

