

Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП «плазмолифтинг»)

на основании федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, **[КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество]**, **[КлиентДатаРождения]** года рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента)

Проживающий (ая) по адресу: **[КлиентИндекс]** город **[КлиентГород]**, улица **[КлиентУлица]**, дом **[КлиентДом]**,
квартира **[КлиентКвартира]**,

Контактный телефон: **[КлиентМобТелефон]**

Даю свое согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы врачу

Контактный телефон клиники 206-09-91

Я подтверждаю, что получил (а) четкие, на доступном мне языке и в доступной форме, разъяснения о планируемой процедуре, меня проинформировали о ходе применяемой процедуры.

Стимуляция ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы представляет собой процедуру внутрикожного введения БоТАП, полученной крови самого пациента, в зону лица, шеи, декольте, живота, бедер, кистей рук, ягодич, волосистой части головы (нужное подчеркнуть).

Медицинский персонал Исполнителя подробно ознакомил меня с **целями и правилами забора крови** из вены. Целью забора крови из вены получение аутоплазмы богатой тромбоцитами.

Исполнитель использует только одноразовый инструментарий для пункции и получения крови из вены.

Мне разъяснили, что кровь из вены будет взята у меня посредством прокола кожи и вены кисти или предплечья - путем проведения мне венепункции с последующим взятием крови.

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции как в момент пункции, так и после нее.

Я проинформирован(а) о возможности проведения неоднократной повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, делающими невозможным получение необходимого для анализа или иного использования количества крови. Я уведомлен(а), что в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, данная манипуляция может быть отложена и проведена в другое посещение клиники Исполнителя.

Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой, утрата чувствительности определенного фрагмента кожи по ходу поврежденного пункцией нерва. Меня уведомили, что при появлении любых признаков осложнений мне необходимо срочно обратиться к врачу для получения дальнейших назначений и не рекомендовано никаких лечебных мероприятий, которые следует проводить самостоятельно без консультации с врачом. После пункции мне необходимо согнуть руку в локтевом суставе и удерживать стерильный ватно-марлевый тампон (пластырь) в месте пункции не менее 10 минут.

Процедура внутрикожного введения БоТАП проводится под местной анестезией. Стимуляции ауторегенерации с использованием богатой тромбоцитами плазмы – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма. Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

Эффект от применения БоТАП длится от 1 до 2-х месяцев в среднем и зависит от типа кожи, стадии и морфотипа старения, образа жизни. Для оптимизации результата проводится курс из 6-10 процедур, которые проводятся 1 раз в неделю.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:

В области введения БоТАП происходит уменьшение глубины морщин, улучшение цвета лица, усиление гидратации кожи, уменьшение воспалительных элементов и пигментации. Срок эффективного действия препарата составляет до 1 месяца, после чего возможно проведение повторного курса процедур. Я соглашаюсь с тем, что оценка результата возможна по окончании рекомендованного курса процедур.

Я ознакомлен(а) с Положением о гарантийных обязательствах и соглашаюсь с устанавливаемым гарантийным сроком и сроком службы на предлагаемые в настоящем информированном согласии медицинские услуги, равными 1 месяц с момента завершения процедуры (курса процедур).

Я осознаю, что после процедуры не произойдет видимых изменений формы и объемов лица (носа, губ, скул, ушных раковин, глаз)

Я уведомлен (а), что после проведения процедуры ожидаемый результат может быть не достигнут.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:

Я понимаю, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому соглашаюсь с тем, что во время процедуры возможны дискомфортные ощущения - жжения, рези, покалывания, онемения, распирания, другие болевые ощущения.

Врач предупредил меня, я осознаю и соглашаюсь, что как вовремя, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов. Соглашаюсь с тем, что в большинстве случаев после процедуры никаких внешних проявлений не остается и можно продолжать свои намеченные дела, однако в редких случаях происходят возможные реакции, которые проходят самостоятельно:

- После инъекции препарата возможно развитие различных видов воспалительных реакций кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраняться в течение одной недели.

- Возникновение кровоподтеков (синяков).

- Возникновение уплотнений и узелков на месте инъекции.

- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата.

Мое внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции:

- эритема в течение нескольких часов или дней

- болезненность и гематомы в местах инъекций

- после процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции.

Как правило при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.

- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.

- Не рекомендуется посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.

- Рекомендуется избегать массажа места введения препарата и/или надавливания на него в течение нескольких дней после инъекции.

Я понимаю, что при несоблюдении вышеуказанных рекомендаций возможно развитие различных осложнений

- воспаление тканей в области введения препарата

- продолжительная отечность

- гиперпигментация, эритема

- образование уплотнений, гранулем

Я понимаю, что лечение некоторых из возможных осложнений, не связанных с действиями лечащего врача, осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.

- Дал мне возможность задать, до начала процедуры, любые интересующие меня вопросы, и я получил (а) на них ясные и понятные мне удовлетворительные ответы.

- Дал мне время обсудить протокол процедуры.

- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Я подтверждаю, что данный документ был мною прочитан и мне разъяснен, и его содержание, значение всех терминов мне понятно.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/ приложить общий анализ крови.

Прилагаю _____ Не прилагаю _____

Ф.И.О. пациента:

Подпись пациента: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Ф.И.О. врача: _____

Подпись врача: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Со стоимостью услуги ознакомлен(а) _____ (подпись пациента)