

Информированное добровольное согласие на процедуру электродеструкции

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 электродеструкции _____ в косметических целях

Врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

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 процедуры.

1. Я осведомлен(а), что электродеструкция это применение тока высокой частоты, для рассечения тканей и коагуляции кровеносных сосудов. Высокая температура в области оперативного электрода обеспечит асептику и абластику.

2. Я осведомлен(а), что показаниями к проведению процедуры электродеструкции кожи являются доброкачественные новообразования кожи, невусы, ксантелазмы, фибромы на ножке, сосудистые опухоли, телеангиоэктазии, папилломы, любые разновидности бородавок, контагиозный моллюск, себорейные кератомы, актинические кератозы, кисты, мозоли.

3. Я осведомлен(а), что противопоказаниями к проведению процедуры электродеструкции являются: наличие кардиостимулятора, заболевания сердечно-сосудистой системы в тяжелой форме, хронические заболевания в стадии обострения, лихорадочные состояния, склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов.

4. Я предупрежден(а), что после процедуры, в течение 3-4-х дней, может **сохраняться отек и покраснение вокруг раны**, на месте раны образуется корочка, которая в среднем держится 7-14 дней. Очень важно насильственно корочки не удалять. После отторжения корочек на их месте остается небольшая выемка и покраснение, которые могут сохраняться до 3-4-х месяцев. После полного заживления на коже может рубец в виде небольшой выемки или светлого пятна. **В редких случаях могут образовываться келоидные и гипертрофические рубцы.**

5. Я предупрежден(а), что после удаления кожных образований возможно возникновение рецидивов и в некоторых случаях может потребоваться повторная процедура.

6. Я подробно информировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые у меня были в течении жизни, наличии хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих наследственных заболеваниях, перенесенных операциях.

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.

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

- не мочить рану в течение 3-х дней, обрабатывать спиртовым раствором борной или салициловой кислоты, 5% раствором перманганата калия, порошком баноцин 2-3 раза в день.

- тщательно оберегать от травмирования корочки, насильственно их не удалять, дожидаться полного самостоятельного отторжения;

- после отторжения корочек применять мази, способствующие заживлению (актовегин, солкосерил) в течение 1-2 недель и гели или пластыри, препятствующие образованию рубцов (медерма, дерматикс);

- после заживления раны не подвергать это место воздействию солнца, не посещать солярий, пользоваться солнцезащитными средствами с SPF 30-50, в течение 2-4 месяцев.

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 аппарате электродеструкции 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 его содержание, значение всех терминов мне врачом разъяснено и понятно.

Ф.И.О. пациента:

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

Ф.И.О. врача: _____

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

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