

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением имплантатов для контурной пластики (далее – Услуга).

Медицинский работник в доступной для меня форме разъяснил мне показания и противопоказания к применению препарата «_____», цели и методы оказания Услуги, связанный с ней риск и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень оказываемой Услуги, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден (а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отёчность, гиперпигментация, гиперемия кожи, небольшие корочки в местах вкола. Мне также сообщено, что возможны случаи развития аллергических реакций после введения имплантатов (препаратов), а также случаи развития реакций воспалительного характера или фиброза, которые нуждаются в медикаментозном лечении.

Я также понимаю, что две половины человеческого лица всегда асимметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, и эти различия остаются после оказания Услуги. Мне полностью ясно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных или общих осложнений, или стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты Услуги и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе и материальную.

В случае ухудшения самочувствия и возникновения осложнений я обязан(а) незамедлительно явиться на осмотр к медицинскому работнику, оказавшего мне Услугу, не прибегая к помощи иных медицинских работников. В случае обращения в стороннюю медицинскую организацию после оказания Услуги, медицинский работник не принимает на себя ответственность за проведение альтернативного вмешательства.

Подписывая настоящее согласие, я удостоверяю, что ознакомился(лась) с приведенной информацией (в том числе и с Примечанием*), а полученные разъяснения меня полностью удовлетворяют. На момент подписания настоящего Согласия заверяю, что у меня отсутствуют какие-либо противопоказания, указанные в Примечании.

Я подтверждаю, что ранее:

- никакой имплантат (препарат) не вводился
 вводился имплантат (препарат)

_____ (наименование)

_____ (период)

Я даю согласие на введение имплантата (препарата) «_____» в количестве _____ мл.

Ф.И.О. пациента _____

Подпись пациента _____

Дата « » г.

Ф.И.О. медицинского работника _____

Подпись медицинского работника _____

Дата « » г.

Примечание
к информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство*

Препарат « _____ » представляет собой:

Показания: наличие морщин и складок, уменьшение объема, наличие гипотрофических и атрофических рубцов.

Противопоказания: гемофилия, беременность, лактация, кожные заболевания, сопровождающиеся феноменом Кебнера, аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания (в частности, ЛОР органов) в стадии обострения, вирусная инфекция в стадии обострения (Herpes Simplex), индивидуальная непереносимость компонентов препарата, нарушение свертываемости крови, гемофилия, прием антикоагулянтов и антиагрегантов, лихорадочные состояния, психические нарушения и невротические состояния, предрасположенность к келоидным рубцам, низкая репаративная способность кожи, неполное восстановление кожи после проведения инвазивных процедур (лазерная шлифовка, дермабразия или глубокий пилинг), наличие в местах предполагаемых инъекций перманентных филлеров, биодegradируемых метериалов на основе полимолочной кислоты, коллагена или гидроксиапатита кальция.

Ф.И.О. пациента

Подпись пациента _____

Дата « »

г.