

## Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство с применением радиоволновой хирургической аппаратуры

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_,

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_.

(ФИО несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обращаюсь по доброй воле в **глазную клинику «Смотри» (ООО «Смотри Самара», ОГРН 1196313015095)** и даю добровольное согласие на проведение мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинского вмешательства:

коррекция блефарохлазиса (2 века/4 века);

удаление новообразований на веках и глазном яблоке;

иное \_\_\_\_\_

с применением радиоволновой хирургической аппаратуры: \_\_\_\_\_

**Действие метода** заключается в том, что под влиянием электрического тока клетки кожи и мягких тканей нагреваются, расширяются, клеточная жидкость закипает и испаряется. Удаление радиоволной – это бесконтактный метод, потому что сам инструмент не производит механического воздействия на дерму и использование радиохирургического метода удаления новообразований практически не оставляет следов.

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

(ФИО врача)

предупредил меня о возможных альтернативных методах, рисках и преимуществах данного метода лечения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, во многом он зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него. Я понимаю, что **ожидаемый мной результат лечения не гарантирован**, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение заболевания может быть многоэтапным. Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может понадобиться дополнительное лечение (хирургическое вмешательство).

Мне разъяснена необходимость **применения местной инъекционной анестезии** для обезболивания медицинской манипуляции. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о наличии других клиник, а также других методов лечения. Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования **в иных медицинских организациях**, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Мне разъяснено, что **противопоказаниями** к медицинскому вмешательству с применением радиоволновой хирургической аппаратуры являются: острые воспалительные процессы; аллергия; наличие вирусных инфекций; лихорадочное состояние; тяжелые заболевания печени и почек; сахарный диабет; период вынашивания ребенка; герпес.

Также я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и **врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях**, но дал(а) свое согласие на проведение мне/представляемому лицу данного медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что **результатом** медицинского вмешательства с применением радиоволновой хирургической аппаратуры является полное заживление и рубцевание зоны воздействия.

**После процедуры необходимо** попытаться воздержаться от пребывания на солнце на протяжении долгого времени; если произошло изменение цвета на месте удаления или появились какие-либо иные существенные изменения, требуется без замедления обратиться за консультацией к врачу; при нахождении на солнце необходимо закрыть место удаления от воздействия лучей, используя специальные средства; необходимо осторожно прощупывать место удаления на предмет появления уплотнения, а также при визуальном осмотре, нет ли увеличения; избегать в первые дни после процедуры походов в баню, сауну, бассейн, а также в солярий; после удаления новообразований место, которое было поражено, не следует мочить в течение нескольких дней; обработку кожи следует производить по рекомендациям врача.

Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции **неукоснительно исполнять все рекомендации**, предписания и назначения лечащего врача. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов. В случае невыполнения пациентом рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для операции ООО «Смотри Самара» не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость **в частичном или полном изменении первоначального плана лечения**, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, поэтому я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач; привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Мне разъяснено, что я имею **право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Решение об оказании медицинского вмешательства с применением радиоволновой хирургической аппаратуры является моим собственным и принято с учетом рекомендаций лечащего врача.

**Сведения о выбранных мною лицах**, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья меня/ лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя пациента)

Настоящим я даю согласие на проведение **медицинской фото- и/или видеосъемки** при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью ООО «Смотри Самара». Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(или подпись его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_  
(дата)