

ООО «СКИН ФАБРИКА»

Информированное добровольное согласие пациента на выполнение медицинских вмешательств по виду Фотобиомодуляция, Фототерапия, фотоомоложение

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **каждый раз при посещении врача и при изменении плана лечения**

Я, Пациент (законный представитель) _____

(Ф.И.О. полностью заполняются собственноручно пациентом)

ДАННАЯ ГРАФА ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ ДАЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ в отношении:

- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)

Я, _____ (ФИО) , действующий (ая) от имени _____ (ФИО ребенка, иного представляемого лица),

_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

добровольно даю свое согласие на выполнение медицинского вмешательства: Фотобиомодуляция, фототерапия, фотоомоложение методом _____ в зоне воздействия _____ (далее по тексту – «процедура», «медицинское вмешательство») в ООО «СКИН ФАБРИКА» медицинским работником _____ (далее по тексту - «врач») _____

(Ф.И.О. врача)

Медицинское вмешательство осуществляется с применением:

(лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование)

Возможная кратность процедур _____

Описание процедуры:

Лучи света легко проникают в клетки кожи, кожа нагревается, что приводит к изменению обменных процессов в коже, благодаря чему быстро устраняется зуд, неприятные ощущения и дискомфорт, ускоряется процесс регенерации кожи, оказывает лифтинговый эффект, повышается сопротивляемость бактериям, улучшаются защитные свойства кожи и усиливается противовоспалительный эффект.

На участках кожи в предполагаемой зоне воздействия удаляются волосы с помощью бритвы (за 1 неделю до процедуры) или с помощью восковой или сахарной депиляции за 3-5 дней, либо тримером за 1 день до проведения процедуры.

Между сеансами депиляции бритье волос проводить не рекомендуется. Другие способы удаления волос: восковая и сахарная депиляция – не воспрещаются.

Во время курса фотоэпиляции рост волос замедляется, периоды появления новых волос удлиняются от сеанса к сеансу и постепенно рост волос прекращается на продолжительное время, т.к. волосные луковицы «засыпают». Дополнительный эффект от процедуры фотоэпиляции – улучшение качества кожи в зоне воздействия.

Курс лечения (количество процедур) всегда назначается врачом-косметологом индивидуально и напрямую зависит от типа кожи, возраста и индивидуальных особенностей клиента.

Показания для проведения процедуры:

- Признаки фото- и хроностарения
- Дряблая кожа с пониженной эластичностью
- Тусклый цвет лица
- Купероз
- Розацеа
- Акне и постакне
- Пигментация
- Телеангиоэктазии
- Расширенные поры
- Мимические морщины

ПАЦИЕНТ: _____
подпись

Противопоказания для проведения процедуры:

Беременность и лактации.

Онкология, (даже в анамнезе);

Острые или обострение хронических заболеваний;

Острые воспалительные проявления на коже (гнойные высыпания, герпес) в зоне проведения процедуры.

Прием лекарственных средств, повышающими фото чувствительность кожи (витамины А, Д, акне-кутан, салициловая кислота и т.д.).

Активное пребывание на солнце (загар), менее чем за две недели до начала курса процедур.

Травмы кожи в месте проведения процедуры.

Я соглашаюсь с тем, что в некоторых случаях после процедуры в области ее проведения могут возникать **возможные реакции**, которые проходят самостоятельно:

Сразу после процедуры фотобиомодуляции, фототерапии, фотоомоложения возможно легкое покраснение кожи, которое проходит в течение 2-х часов. После сеанса рекомендуется воздержаться от солнечных ванн. Если процедура фототерапии проводилась на лице, использование солнцезащитных средств – обязательно.

Я предупрежден (-а), что в случае возникновения какого-либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу. Мне понятно, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности реакций свыше указанных, мне следует немедленно сообщить об этом администратору или врачу ООО «СКИН ФАБРИКА» по телефону: +7 (992) 109-90-11.

Противопоказания:

- Эпилепсия
- Беременность и период лактации
- Онкологические заболевания
- Фотодерматиты
- Фоточувствительность
- Прием фотосенсибилизаторов
- Загар (воздержаться от солнечных ванн до и после процедуры)
- Сахарный диабет (декомпенсированный)
- Наличие кардиостимулятора
- Обострение хронических заболеваний
- Хронические воспалительные процессы в стадии обострения
- Недостаточность кровообращения II-III стадии
- Активные формы туберкулеза
- Гипертоническая болезнь III стадии
- лихорадочное состояние
- Высокая чувствительность к свету
- Онкологические заболевания
- Аутоиммунные заболевания
- Свежие раны/ожоги в зоне воздействия
- Повышенная чувствительность к компонентам препаратов

Я отрицаю у себя (представляемого) наличие противопоказаний для проведения фотодинамической терапии

подпись

ФИО

Ожидаемый результат:

фотоомоложение - улучшение эластичности, тургора кожи;

фотоэпиляция – удаление нежелательных волос на лице и теле;

фотодепигментация – коррекция пигментных пятен, в т.ч. возрастных;

фотолечение акне – угревой сыпи на лице и других участках тела;

фотокоррекция «сосудистой сеточки» (купероза) на лице.

Я соглашаюсь с тем, что хотя предложенные услуги направлены на получение ожидаемого мной результата, услуги являются вмешательством в биологический организм, и, как любое вмешательство, не могут иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов услуги. Я соглашаюсь с тем, что установление определенных гарантийных сроков и сроков службы на данный вид услуг невозможно, поэтому соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срок службы, равного одной неделе после последней процедуры.

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 понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений.

Настоящим я доверяю врачу я изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

Уход после процедуры: на протяжении всего курса фототерапии необходимо использовать увлажняющую и солнцезащитную косметику (с максимальным фактором защиты), рекомендованную врачом-косметологом.

В течение недели после проведенного сеанса необходимо отказаться от посещения бани и сауны, пляжа и солярия. На тот же срок стоит отложить другие косметологические процедуры, массажи и спортивные тренировки.

Я осведомлен(а) о возможности альтернативных методов лечения, методиках (инъекционных, хирургических, иных), а также о том, что я имею право на выбор иного медицинского учреждения в соответствии с законодательством РФ. Мне понятно, что перед осуществлением процедуры я имею право отказаться от процедуры.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласна (согласен) на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению и уполномочиваю врача на выполнение любых других процедур или вмешательств, которые будут необходимы при возникновении непредвиденных обстоятельств и осложнений.

Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия могут сохраняться после процедуры.

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 понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений.

Я осведомлен(а) о возможных местных и общих, ранних и поздних осложнениях от местной анестезии: психологическая травма, приводящая к психическим расстройствам; перелом иглы с получением инородного тела в мягких тканях, инфицирование мягких тканей в зоне операции с получением гнойно-воспалительного заболевания (абсцесс, флегмона, сепсис); повреждение кровеносного сосуда с получением кровоизлияния в мягкую ткань (выраженной гематомы); повреждение нервов с получением невралгии (невралгия, неврит); некроз мягких тканей с образованием язв и более значительных рубцов;

ПАЦИЕНТ: _____ **В**
подпись

болезненные ощущения во время операции и после операции; функциональные нарушения со стороны головного мозга, сердца, легких и других органов и систем; аллергическая реакция, приводящая к летальному исходу (к смерти).

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском нарушений со стороны систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Мне разъяснено, и я осознаю, что процедура не гарантирует мне получение 100 % желаемого результата; абсолютной симметрии между правой и левой половиной человеческого тела не существует, и ее достижение – неосуществимая задача.

Я осознаю и понимаю, что должна (должен) сообщать врачу о возникновении осложнений, а также о любом ухудшении самочувствия и делать это незамедлительно как в процессе проведения процедуры, так и после процедуры.

Я информирован(а) о том, что должна (должен) согласовывать с врачом прием любых, не назначенных лекарственных препаратов, кремов, мазей и иных медицинских препаратов.

Я предупрежден(а) и понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) и назначений врача, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, в том числе принадлежащего ООО «СКИН ФАБРИКА», бесконтрольное самолечение могут снизить качество процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья либо быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых лекарственных средствах, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласна (согласен) на запись хода процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(а) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно даю свое согласие на проведение процедуры.

Я подтверждаю, что до подписания настоящего документа я достоверно отвечал(а) на все заданные врачом вопросы о состоянии своего здоровья, **Мне была предоставлена** возможность задать врачу любые вопросы, связанные с процедурой, и я получил(а) понятные и исчерпывающие ответы на них.

Я предупрежден (-а), что в случае возникновения какого-либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу. Мне понятно, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности реакций свыше указанных, мне следует немедленно сообщить об этом администратору или врачу ООО "СКИН ФАБРИКА" по телефону: +7 (992) 109-90-11.

Я согласен(а) / не согласен(а) на проведение видеозаписи и контрольных фотографий до, во время и после проводимого медицинского вмешательства для сравнительной оценки результатов, необходимых в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Мне гарантируют, что мои фотографии не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиникой вне моей медицинской документации.

Пациент согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, моделей, отзывов, мнения и т.д., для тиражирования, изучения другими специалистами, для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на врачебных обществах и т.д., при условии: анонимности/указания Ф.И.О., другое _____.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною в 2-х экземплярах. Я подтверждаю, что экземпляр информированного добровольного согласия, а также рекомендации (назначения) врача, мною получены.

Я ознакомлен(на) с прейскурантом цен «Исполнителя» на платные медицинские услуги, обязуюсь оплатить стоимость услуг в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, действующем на момент такой оплаты.

Мною добровольно, осознанно и свободно дано настоящее согласие на вмешательство.

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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я согласен(а) на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Подпись пациента: _____ V / _____
(подпись клиента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.

ПАЦИЕНТ: _____ 3
подпись V