

Информированное добровольное согласие пациента на на оказание косметологических услуг PRP-терапия

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: _____

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" проинформирован(а) о методике, особенностях и ожидаемом результате косметологической услуги: **плазмолифтинг PRP-терапия** (далее по тексту – «процедура», «медицинское вмешательство») в ООО «СКИН ФАБРИКА» в области _____, и даю согласие на проведение её медицинским работником (работниками):

(должность, Ф.И.О. медицинского работника (работников))

(далее по тексту – медицинский работник (работники)), которое будет выполняться в Обществе с ограниченной ответственностью "СКИН ФАБРИКА" (Сокращённое наименование – ООО "СКИН ФАБРИКА"; Адрес места нахождения – 153002, Россия, Ивановская область, г. Иваново, ул. Калинина, д. 9/21, офис 115, помещения 1, 2, 4, 4а, 5, 6, 9.; ОГРН: 1223700001250; ИНН: 3702266504); имеющим бессрочную лицензию на осуществление медицинской деятельности от 16 января 2025 г. № ЛО41-01139-37/01712914 Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Ивановской области. В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом.
Я получил(а) ясные ответы на все интересующие меня вопросы.

Медицинское вмешательство осуществляется с применением:

(лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование)

Возможная кратность процедур _____

Описание процедуры:

PRP-терапия – инъекционная процедура, предполагающая введение обогащенной тромбоцитами плазмы пациента в место на его теле, требующее скорейшего заживления, то есть направленная на ускорение регенерации и стимуляции роста собственных клеток организма.

Уникальная технология PRP позволяет выделить плазму, в которой сохраняется до 90% живых тромбоцитов, — PRP-препарат — для последующих инъекций в кожу. Тромбоциты — компоненты крови, которые благодаря большому количеству факторов роста в своём составе запускают и активно участвуют во всех процессах регенерации. При этом технология PRP гарантирует аккуратное и полное удаление клеточных элементов, которые не приводят к омоложению кожи (эритроцитов и лейкоцитов).

Инъекции собственной плазмы (аутоплазмы), обогащённой активными тромбоцитами, запускают целый каскад биохимических реакций. Происходит естественная биостимуляция клеток всех структур кожи: улучшаются её питание и увлажнённость, формируется обновлённый трёхмерный каркас из коллагеновых и эластиновых волокон.

Рекомендации перед проведением PRP-терапии :

- за несколько дней до процедуры отказаться от приема антитромботических препаратов и антикоагулянтов;
- правильно питаться, есть больше овощей и фруктов;
- отказаться от употребления алкоголя и табака;
- за три дня до даты проведения процедуры следует отказаться от приема анальгетиков
- накануне процедуры исключить жирную и вредную пищу
- употреблять достаточное количество жидкости

Процедура состоит из трех основных этапов:

- забор крови из вены пациента в специальную вакуумную пробирку с противосвертывающим средством (данный этап аналогичен забору крови для лабораторных исследований),
- помещение пробирки с цельной кровью в центрифугу и центрифугирование в течение нескольких минут, во время которого кровь разделяется на фракции. Эритроциты и лейкоциты отделяются от плазмы, и мы получаем плазму с тромбоцитами в нижнем слое
- проведение инъекции. Инъекции могут выполняться в обычной папульной технике, в болюсной технике, в местах проекций связок, также возможен безинъекционный способ — можно нанести плазму на область после процедуры RF-лифтинга, шлифовки

Полученный PRP-препарат сразу используется для проведения процедуры омоложения и лечения кожи: при помощи инъекции вводится подкожно в выбранную зону.

Курс омоложения, лифтинга и лечения кожи предусматривает 3–4 PRP-процедуры с интервалом в один месяц для достижения долгосрочного эффекта, который сохраняется до полутора лет.

Курс терапии для лечения волос и профилактики их выпадения состоит из 5–7 PRP-процедур, которые проводятся раз в две недели. Для усиления позитивных результатов инъекции аутоплазмы могут чередоваться с процедурами мезотерапии. Профилактические курсы лечения выпадения волос рекомендуется проводить раз в год.

После PRP-процедуры рекомендуется ограничить на 2 дня физические нагрузки (фитнес, бассейн и т. д.), неделю не проводить любые прогревающие процедуры (баня, сауна, горячая ванна) и не загорать, в том числе в солярии.

Количество процедур определяется на консультации с врачом- косметологом и вносится в План лечения пациента, являющимся неотъемлемой частью договора.

Показания для проведения процедуры:

- омоложение организма, стимулирование процессов его восстановления и регенерации;
- лечение стрий (растяжек на животе, молочных железах, бедрах);
- лечение алопеции, восстановление и укрепление волос;
- восстановление кожи после пластических операций или лазерных шлифовок лица;
- лечение рубцов постакне;
- устранение последствий активной инсоляции (морщин, пигментации, сухости);
- профилактика фотостарения;
- повышение тургора и эластичности кожи

Противопоказания для проведения процедуры:

- тромбоцитопатия, тромбоцитопения;
- тяжелые степени анемии;
- беременность и лактация;
- острые инфекционные заболевания;
- прием антикоагулянтов
- обострение хронических заболеваний, повреждения кожи, острый воспалительный процесс в зоне предполагаемых инъекций
- повышение температуры тела, лихорадочное состояние
- сахарный диабет в стадии декомпенсации
- онкологические заболевания
- системные и аутоиммунные заболевания
- нарушение свертываемости крови
- психические заболевания
- наличие гепатита, сифилиса, ВИЧ-инфекции

Я соглашаюсь с тем, что в некоторых случаях после процедуры в области ее проведения могут возникать **возможные реакции**, которые проходят самостоятельно. Внешних следов проведения процедуры не остаётся, в редких случаях возможно появление синячков и незначительного отёка.

Я отрицаю наличие у меня следующих противопоказаний:

- тромбоцитопатии, тромбоцитопении;
- анемии;
- беременности и лактации;
- острых инфекционных заболеваний;
- приема антикоагулянтов

- обострения хронических заболеваний, повреждения кожи, острого воспалительного процесса в зоне предполагаемых инъекций
- повышения температуры тела,
- сахарного диабета в стадии декомпенсации
- онкологических заболеваний
- системных и аутоиммунных заболеваний
- нарушения свертываемости крови
- психических заболеваний
- наличия гепатита, сифилиса, ВИЧ-инфекции

Ожидаемый результат:

Лицо приобретает сияющий, здоровый цвет.

Разглаживаются морщины. Носогубные складки, заломы на лбу, гусиные лапки в области глаз становятся менее выраженными.

Повышается тургор, тонус кожи, подтягивается овал лица.

Устраняются прыщи, воспаления.

Исчезает сосудистая сетка, купероз, следы постакне.

Нормализуется работа сальных желез, регулируется выработка себума.

Рекомендации после процедуры: после процедуры необходимо отказаться от декоративной косметики, абразивных составов для очищения: скрабов, пенок на одну-две недели. Желательно не трогать лицо руками, не тереть инъекцированные зоны. На две недели после процедуры нужно забыть о бане, сауне, загаре на пляже, в солярии. Чтобы восстановление проходило комфортно и естественно, не стоит также принимать алкоголь

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 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.

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 невропатии (невралгия, неврит); некроз мягких тканей с образованием язв и более значительных рубцов; 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) 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 гарантирую, 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.

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»

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

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

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

Дата «__» _____ 20__ г.

СЕРИЯ И НОМЕР ПРЕПАРАТА: