

ООО «СКИН ФАБРИКА» Информированное добровольное согласие пациента на осмотр, консультацию врача-дерматовенеролога (трихолога), об объемах и видах оказания медицинской помощи, о плане лечения	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**

Я, пациент (законный представитель), _____
(Ф.И.О. заполняется 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: _____

даю настоящее информированное добровольное согласие (далее по тексту – согласие) на следующее вмешательство (далее по тексту – вмешательство/медицинское вмешательство) осмотр, консультацию врача-дерматовенеролога (трихолога), 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. № Л041-01139-37/01712914 Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Ивановской области; медицинским работником (работниками):

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

(далее по тексту – медицинский работник (работники)). В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом.

Осмотр, консультация дерматовенеролога (трихолога) включает в себя:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога (трихолога)
3. Проведение осмотра пациента (визуальный осмотр и пальпация кожных покровов, слизистых оболочек, суставов, осмотр пораженных кожных покровов с помощью дерматоскопа и видеодерматоскопа) (при необходимости)
4. Трихологическое исследование (трихоскопия с фототрихограммой) (при необходимости)
5. Цифровая трихоскопия с трихораммой (при необходимости)
6. Трихологическое исследование (трихоскопия с помощью трихоскопа) (при необходимости)
7. Дерматоскопия
8. Себуметрия
9. Исследования десквамации кожи
10. Исследования пигментации кожи
11. Исследования трансдермальной потери жидкости

ПАЦИЕНТ: _____ **V**
подпись

12. Исследования эластичности кожи
13. pH-метрия кожи (при необходимости)
14. Профилография (при необходимости)
15. Направление пациента на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи (при необходимости)
16. Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи (при необходимости)
17. Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для выполнения неинвазивных косметологических процедур
18. Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для выполнения инвазивных косметологических процедур
19. Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для выполнения аппаратных процедур с использованием медицинских изделий, в том числе приборов
20. Разработка программ индивидуального здорового образа жизни, в том числе программы профилактики преждевременного и естественного старения кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата, программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
21. Разработка рекомендаций по применению косметических средств для использования в домашних условиях
22. Назначение косметических средств для защиты от ультрафиолетового излучения
23. Направление пациентов к врачам-специалистам для коррекции соматических заболеваний внутренних органов и систем, приводящих к преждевременному старению
24. Назначение диетотерапии

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

1. О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;

2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;

3. О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

4. О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья

(представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

6. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил внутреннего распорядка Клиники, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

7. О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

В доступной для меня форме мне разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: диагностика врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, в том числе возникающих вследствие травм и хирургических вмешательств, химиотерапевтического, лучевого и медикаментозного воздействия и перенесенных заболеваний; информирование о гигиенических рекомендациях по предупреждению заболеваний, профилактике преждевременного старения и инволюционной дегенерации кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата.

Мне разъяснено, что прием проводится путем беседы, визуального осмотра, пальпации, сбора анамнеза с оценкой жалоб пациента, структурной целостности и функциональной активности покровных тканей, выявления конкретных дефектов и нарушений, требующих проведения косметологической коррекции, антропометрических исследований:

- дерматоскопия проводится с использованием аппарата для люминисцентной микроскопии, может потребовать нанесения на кожу геля или крема;

- себуметрия проводится на основе фотометрии с использованием полимерной пленки;

ПАЦИЕНТ: _____ V
подпись

- десквамация проводится путем соскабливания мельчайших частиц для дальнейшего исследования, может включать в себя морфологические исследования;
- исследование пигментации проводится путем внешнего осмотра и пальпации;
- исследование трансдермальной потери жидкости проводится путем корнеометрии - накладки датчика, который представляет собой конденсатор, состоящий из золотого ленточного проводника под стеклянным покрытием, с пропусканием тока через проводник, путем проведения ТЭПВ-тестов - накладки одного датчика с проточной системой с измерением парциального давления воды в замкнутой камере или двух датчиков для измерения разницы парциальных давлений воды вблизи поверхности кожи и на расстоянии от нее;
- исследование эластичности кожи проводится: ротационно-компрессионным методом - путем приложения большого пальца руки к коже, надавливания и поворота; методом сдавливания - путем захвата пальцами складки кожи, ее сжатия и некоторого оттягивания;
- pH-метрия – метод исследования кислотно-щелочного баланса на поверхности кожи, проводится при помощи специального датчика, разработанного для измерений на поверхности кожи, слизистых оболочек и волос: pH-метров, колориметрических индикаторов либо стеклянных электродов;
- профилография представляет собой исследование шероховатостей кожной поверхности с помощью прибора по типу профилографа.
- трихологическое исследование выполняется с помощью современного оборудования и программного обеспечения. Линзы различной степени увеличения позволяют врачу получить всю необходимую информацию о состоянии не только волос, но и кожи головы, сальных желез. На основании полученных в рамках трихоскопии показателей врач-трихолог составляет индивидуальную диагностическую карту. Это позволяет составить план дополнительного обследования и дальнейшего лечения.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений: Мне разъяснено, что дерматоскопия, себуметрия, исследование пигментации, трансдермальной потери жидкости, эластичности кожи, pH-метрия, профилография не имеют абсолютных противопоказаний, осложнения процедур при соблюдении указаний медицинского работника не выявлены. Десквамация может повлечь десквамативный глоссит. В местах пальпации, проверки эластичности кожи может непродолжительное время сохраняться болезненность, покраснение, побледнение кожи, микроотек. В зоне проведения исследования десквамации допускается сохранение покраснения некоторое время после процедуры, сохранение небольшого шелушения и зуда. Настоятельно не рекомендуется расчесывать место исследования. Вмешательства могут иметь в качестве относительных противопоказаний, а также факторов, влияющих на достоверность результатов исследований, кожные заболевания, лишай, герпес, открытые раны или повреждения кожи, сепсис, аллергические реакции, крапивницу, отеки, воспалительные процессы, выраженный птоз, обострение дерматита. Разъяснено, что при непредоставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут. Разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

По результатам приема врачом составляется индивидуальная программа коррекции, назначение лечения по показаниям, назначение косметических средств для домашнего применения.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: Мне разъяснено, что результатом приема врача-дерматолога является диагностика врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, лечение заболеваний кожи; информирование о гигиенических рекомендациях по предупреждению заболеваний, кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;
- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/предоставляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;
- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в ООО «СКИН ФАБРИКА»;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (предоставляемому) платных медицинских услуг в ООО «СКИН ФАБРИКА» и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/предоставляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в ООО «СКИН ФАБРИКА».

Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению.

Я проинформирован(а), что ООО «СКИН ФАБРИКА» не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий. Мне понятно, что реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, я имею возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвует в программах госгарантий.

(Фамилия И.О. пациента/законного представителя пациента) (Подпись)

Я свидетельствую, что получил (а) разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, получил(а) ответы на все интересующие вопросы.

Я проинформирован (а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (предоставляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня (предоставляемого) со спецификой предстоящей медицинской услуги предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости повторного выполнения такой манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. Я понимаю, что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а, следовательно и его стоимости. Так же может возникнуть необходимость дополнительных медицинских

ПАЦИЕНТ: _____

подпись

вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченного плана лечения. Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка)

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию всем сотрудникам клиники, участвующим в оказании услуги, в том числе в целях проведения внутреннего контроля качества, в том числе с привлечением специалистов.

Я разрешаю передавать копии моей медицинской документации (ФИО, степень родства)

а так же сообщать о состоянии моего здоровья.

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»

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 гарантируют, что мои фотографии не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиникой вне моей медицинской документации.

Я разрешаю/не разрешаю использовать мои фото в социальных сетях ООО «СКИН ФАБРИКА».

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

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

Дата «__» _____ 20__ г.

ПАЦИЕНТ: _____ V
подпись