



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»
344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90 т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1ой Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (аутоплазмотерапия)

г. Ростов-на-Дону

« _____ » _____ 202 _____ г.

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)

именуемая в дальнейшем «Пациент»,
паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

проживающая по адресу: _____

Телефон: _____

обратилась в ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее – Центр) для проведения
аутоплазмотерапии

Мне, в соответствии ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о процедуре аутоплазмотерапии.

Я проинформирована врачом о том, что аутоплазмотерапия - это метод стимуляции ауторегенерации тканей, основанный на введении богатой тромбоцитами плазмы, полученной из крови самого пациента в зону, подлежащую лечению (парацервикально/внутриматочно). Мне известно, что процедура проводится под местной анестезией, что Plasmolifting Gel – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма и что данный метод имеет разрешение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2010/380 от 26.10.2010.

Мне разъяснены лечащим врачом показания к проведению процедуры Plasmolifting Gel и методика ее выполнения. Я проинформирована о том, что курс лечения включает 3 процедуры, режим проведения процедур определяется индивидуально лечащим врачом. Мне разъяснено о необходимости воздержаться от приема алкоголя за сутки до и в течение суток после проведения процедуры.

Я ознакомлена с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленными в Центре, и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача Центра, клинико-лабораторных и диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, анализа мочи, электрокардиографии; рентгеновских, ультразвуковых исследований, осмотров и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, пункций, катетеризации периферических и центральных сосудов, мочевого пузыря.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирована о неблагоприятных эффектах аутоплазмотерапии (появление эритемы в течение нескольких часов или дней, гематомы в местах инъекций, болезненности), альтернативных методах лечения, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения; поставлена в известность о том, что врачом будет

Я извещена о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом Центра прием любых лекарственных средств.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я согласна на применение всех вводимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов, за исключением:

Центр/Сагамонова К.Ю./

Пациент/...../

(указать какие, если имеются исключения)

Я предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, назначений медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, полечь за собой невозможность ее завершения в срок.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время проведения аутоплазмотерапии могут возникнуть непредвиденные реакции и осложнения. В таком случае я согласна на то, что дальнейший план оказания медицинской услуги может быть изменен врачом Центра по его усмотрению. Я понимаю, что каждый человек индивидуален, имеет свои анатомические и физиологические особенности, и даже самый опытный врач не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата лечения.

Я поставила в известность врача Центра обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех ранее перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирована о порядке и сроках получения медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке и сроки, установленные Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Я информирована о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения;

согласна/не согласна (отметить **необходимое**) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

разрешаю/ не разрешаю (отметить **необходимое**) проводить анализ медицинской документации, касающийся моего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам Центра, независимым специалистам, привлеченным к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительным органам.

Я подтверждаю свое волеизъявление: **подписью в соответствующей строке:**

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи».

Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем нахождении и состоянии моего здоровья моим родственникам, законным представителям, гражданам (ФИО, телефон):

Пациент _____ подпись _____
Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил Пациенту суть медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы.

Лечащий врач (Ф.И.О.) _____ подпись _____

Центр/Сагамонова К.Ю./

Пациент/...../

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

