



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 -
Лазеротерапия при заболеваниях женских половых органов
(фракционный фототермолиз)**

г. Ростов-на-Дону « _____ » _____ 202 _____ г.

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

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент,
паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

проживающий по адресу: _____

Телефон: _____

обратилась в ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее - Центр) для
проведения лазеротерапии при заболеваниях женских половых органов (фракционный
фототермолиз)

Мне, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о методике лазеротерапии при заболеваниях женских половых органов (фракционный фототермолиз) (далее - процедура).

- Я проинформирована врачом о том, что лазерная терапия (фракционный фототермолиз) - это метод лечения послеродовой вульвовагинальной атрофии, пролапсе передней и задней стенок влагалища, вульвовагинальной атрофии в климактерическом периоде, крауроза вульвы (как часть терапии), коррекции возрастных изменений при диспареунии, при гиперпигментации вульво-перипанальной области и других состояний, основанный на инициировании низкоинтенсивным лазерным излучением ответных физиологических реакций организма человека, направленных на восстановление нарушенной регуляции различных биологических процессов (пролиферация, микроциркуляция, иммунная система и др.). Безопасность низкоинтенсивного лазерного излучения обусловлена сверхмалой энергией лазерного источника, которая не приносит в организм человека что-то чужеродное, при этом устраняет сбой в биологических процессах и запускает механизмы саморегулирования.

- 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, 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 целях, характере и неблагоприятных эффектах лазеротерапии (фракционного фототермолиза), альтернативных методах лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения; поставлена в известность о том, что проводить лечение будет врач, обладающий специальной подготовкой при работе с Эрбиевым Лазером 6

Лечащий врач/...../

Пациент/...../

поколения (Лазер MCL 31 Dermablade производства фирмы Asclepion Laser Technologies GmbH, (Германия))

Параметры и количество процедур, врач устанавливает для каждого пациента на текущей процедуре индивидуально, согласно показаниям.

- Я осведомлена о том, что процедура проводится в несколько этапов: для большей комфортности перед процедурой используется аппликационная/инфильтрационная анестезия, очищение кожи и слизистых, определение индивидуальных параметров для выполнения процедуры, проведение лазерного фототермолиза в зоне вульвы, больших и малых половых губ, перианальной области и влагалища. Конечным эффектом является уплотнение ткани, улучшение вагинального Ph, устранение сухости влагалища. Лечебный эффект развивается спустя неделю после первичной процедуры, максимальный эффект достигается к двадцатому дню. Эффект каждой процедуры длится, как правило, 6-8 месяцев, хотя он может длиться существенно дольше или меньше.

- Я предупреждена о возможных побочных эффектах: нежелательные явления могут наблюдаться на первой неделе после процедуры и являются временными. Нежелательные эффекты могут быть связаны с индивидуальной чувствительностью и/или с процедурой фракционного фототермолиза – местная реакция в виде покраснения, болезненность, зуд, припухлость и /или гематома, ощущение жжения в местах воздействия лазера, возможно появление лимфореи; также возможно развитие таких преходящих реакций, как обморок, тошнота или шум в ушах, связанных с волнением перед процедурой. Редко встречающиеся нежелательные явления – чувство тяжести, задержка мочеиспускания, отек тканей в ответ на воздействие лазера. Эти симптомы, как правило, носят временный характер.

- Я предупреждена, что в ряде случаев могут потребоваться повторные процедуры, в т.ч. в связи с возможной индивидуальной чувствительностью организма к процедуре, и даю свое согласие на это. Курс процедур составляет, как правило, от 1-х до 3-х сеансов с необходимым интервалом в 4 недели в зависимости от фактической реакции кожи и слизистой влагалища на лазерное воздействие и выбранной терапии. Максимальное количество процедур определяется индивидуально в процессе проведения курса лечения. Эффект возрастает постепенно и в период между процедурами. В этот период не требует проведения каких-либо процедур, не согласованные с лечащим врачом.

- Я ознакомлена с тем, что ожидаемый лечебный эффект направлен на повышение тургора кожи области промежности, плотности больших половых и малых половых губ, стенок влагалища, выработку собственного коллагена тканями, увлажнение стенок влагалища, устранение сухости слизистой влагалища, уменьшение гиперпигментации в интимной зоне.

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

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе процедуры, мне понятен смысл используемых терминов, и лечащий врач, предоставляющий платную медицинскую услугу, дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, непредвиденных реакций и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, даже при условии оказания медицинской услуги с соблюдением всех необходимых требований. В таком случае я согласна на то, что дальнейший план оказания медицинской услуги может быть изменен лечащим 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 осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу.

Лечащий врач

Пациент

- Я проинформирована о возможных альтернативных методах для получения желаемого мною результата; о том, что могу получить данную услугу и в других организациях, в некоторых случаях на безвозмездной основе, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых услуг на возмездной основе в Центре.

-Я поставлена в известность том, что мне необходимо немедленно сообщать лечащему врачу Центра о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых лекарственных средств.

-Я получила исчерпывающую информацию 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:

(указать какие, если имеются исключения)

-Я ознакомлена с тем, что после проведения процедуры необходимо:

В течение первых 2-3х суток рекомендуется обрабатывать кожу и слизистые водным раствором хлоргексидина 1-2 раза в день. Не жить половой жизнью в течение 5-7 дней. В течение 1 месяца исключить физиопроцедуры, прием ферментных препаратов (вобэнзим, лонгидаза, лидаза и т.д.). В течение 7-14 дней исключить травмирующие факторы (распаривание, бани, сауны, солярии, механические воздействия, физиотерапевтические и косметические процедуры, способные нарушать целостность кожи, раздражать или загрязнять её).

По назначению лечащего врача в течении 5-7 дней проводить интравагинальное введение суппозиторий или вагинальных таблеток - «Депантол», «Флуомизин» и др., лекарственных средств для наружного применения – «Бепантен» «Овестин» и др. (указанных мне в рекомендациях лечащим врачом, предоставлявшим медицинскую услугу).

- Я осознаю цель процедуры, используемые методы и проинформирован(а) в полном объеме о конечном результате. На основании чего, я подтверждаю свое желание и даю в письменном виде свое согласие на оказание данной медицинской услуги (процедуры).

-Я предупрежден(а) о противопоказаниях к применению процедуры: хронические заболевания в стадии декомпенсации; повышенная температура, острые инфекционные или неинфекционные заболевания, онкопатология, беременность и лактация. Я подтверждаю отсутствие у меня данных противопоказаний.

- Мне разъяснено и я осознала, что проводимая процедура мне не гарантирует 100% результат и согласна с тем, что могут потребоваться и другие методы лечения.

-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 или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. И я обязуюсь в полном объеме исполнять все указания (рекомендации) лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу.

-Я поставила в известность лечащего врача Центра обо всех проблемах, связанных со 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 сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

-Я информирована о том, что медицинский персонал делает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

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

- Я разрешаю/не разрешаю (отметить необходимое) проводить анализ медицинской документации, касающийся моего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам Центра, независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительными органами.

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».

Настоящее согласие мною прочитано, информация мною получена в полном объеме, я получила ответы на все заданные мною вопросы. 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 _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

