ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ
к договору о возмездном оказании медицинских услуг № _____от «_____»_____2024г

г. Ростов-на-Дону

1. Я, _____на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» находясь на лечении в клинике **ООО «Центр флебологии»,** действующее в соответствии с лицензией Л041-01050-61/00349020, выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области 13 мая 2020 года, без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: **склеротерапия,** которое будет нести лечебную направленность.
2. Я проинформирован (а) лечащим врачом о целях, методе оказания медицинской услуги, связанных с ней рисках, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги, в том числе о состоянии своего здоровья.
3. Я, информирована, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий и/или требующие дополнительных медицинских вмешательств, поэтому я согласна на выполнение этих добавочных действий, которые сочтет необходимым лечащий врач.
4. Я согласна на применение таких анестетиков и трансфузий, которые будут сочтены необходимыми. Я информирована, что всегда имеется риск применения анестезии и гемотрансфузии, и такой риск был мне полностью объяснен.
5. Я информирована о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений.
6. Я информирована о вероятных осложнениях, которые могут развиться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:
• Повышение температуры тела до 38 град. до 7 дней;
• Ожог кожи;
• Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
• Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности;
• Воспалительные реакции кожи в местах введения склерозанта;
7. Я информирована о необходимости последующего наблюдения у флеболога и проведения дополнительных сеансов лечения для достижения оптимального лечебного и косметического результата на 2,14,30,180 и 360 день после манипуляции. Консультация доктора на 14, 30, 180 и 360 день после манипуляции оплачивается дополнительно по действующему прейскуранту.
8. Я информирована, об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
9. Я информирована об ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваний, травмах, и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
10. Я информирована, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
11. Я информирована, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
12. Я подтверждаю, что мне предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.
13. Я даю согласие на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС–оповещений и/или с использованием моей электронной почты.
14. Я даю своё согласие на фотографирование меня до, во время операции и в послеоперационном периоде, а также использование этих фотографий врачом в научных и демонстрационных целях.
15. Я подтверждаю, что прочитала все. Памятка пациента получена мною лично в руки.
16. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
17. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«_____»_____20____г.

Я свидетельствую, что информировал пациента (его законных представителей) на понятном ему языке о сути, достоинствах, рисках и альтернативах предлагаемого медицинского вмешательства, дал ответы на заданные вопросы. Я полагаю, что пациент (его законные представители) проинформированы должным образом. Лечащий врач _____/_____

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛЕРОТЕРАПИИ

Склеротерапия – это метод лечения болезней вен, при котором в просвет пораженной вены вводится специальный препарат, вызывающий ее «склеивание». Подходит для лечения варикозных вен любого диаметра, а также для устранения тонких внутрикожных сосудов («сосудистых звездочек»), представляющих эстетический дискомфорт. Не требует разрезов и специальной анестезии. После выполнения склеротерапии требуется ношение специального компрессионного трикотажа.

Перед лечением

• Обязательно сообщите врачу, если вы принимаете гормональные препараты (контрацептивы, эстрогены и др.);

• Прекратите прием аспирина, трентала, ибупрофена и других противовоспалительных препаратов за 2 суток перед лечением. Эти лекарства могут повысить кровоточивость тканей и увеличат риск образования синяков

За день до манипуляции необходимо убрать волосяной покров на всей поверхности ноги;

• Накануне операции; - не следует проводить эпиляцию, использовать лосьоны, кремы; - примите гигиенический душ, вымойте ноги обычным или антибактериальным мылом;

• На лечение приходите в удобной, просторной одежде и обуви;

• Возможен легкий завтрак.

После процедуры:

• Необходимо в течение 60 минут походить (прогулочный шаг);

• Не ограничивайте физическую активность. Ежедневно не менее 3 часов ходите пешком;

• Избегайте длительное время нахождения в положении сидя и/или стоя;

• Согласно предписанию врача нельзя несколько дней снимать компрессионный чулок. В разрешенное время чулок можно снять и убрать дополнительный бандаж (ватные подушечки) и принять душ.;

• Режим и сроки ношения компрессионного трикотажа определяются лечащим флебологом;

• В течение 4 недель не принимайте горячих ванн, можно только теплый душ;

• 3 месяца не посещайте сауну и баню;

• В первые 3 суток после склеротерапии не следует заниматься аэробикой, гимнастикой и на велотренажере, затем занятия возможны в компрессионном трикотаже.

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

«_____»_____20____г.