

## Информированное добровольное согласие на проведение плазмолифтинга

Я, \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_  
гражданина или законного представителя, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) В ОТНОШЕНИИ

\_\_\_\_\_ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_ дата рождения пациента (при подписании законным представителем),

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «Уют Мед Клиник»

Мне разъяснили, что плазмолифтинг представляет собой процедуру введения богатой тромбоцитами плазмы, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению. Процедура предназначена для ускорения полноценного восстановления тканей организма.

Процедура проводится под местной анестезией.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

Мне объяснили, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции. Как правило, при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Я понимаю, что процедура ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы включает этап забора крови из вены, которая связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

Я проинформирован(а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции;
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования;
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции;
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

Я подтверждаю, что предоставил(а) полную информацию о состоянии моего здоровья (аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не при меняю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов) в том числе о возможных аллергических реакциях, беременности и лактации. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача.

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)

|                                      |         |  |                      |
|--------------------------------------|---------|--|----------------------|
| Пациент (его законный представитель) |         |  |                      |
|                                      | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист               |         |  |                      |
|                                      | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.