

## Информированное добровольное согласие на услугу «Лазерное удаление новообразований»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ

<b>Коды услуг:</b>	<b>A22.01.002</b> «Лазерная шлифовка кожи»; <b>A22.01.003</b> «Лазерная деструкция ткани кожи»; <b>A22.01.004</b> «Лазерная коагуляция телеангиоэктазий»; <b>A22.01.005</b> «Низкоинтенсивное лазерное облучение кожи»
<b>Медицинское оборудование:</b>	Медицинский лазерный аппарат «Латус» ТУ 9444-003-11143889-2006

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; функциональные методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно), а также в соответствии со ст.ст. 19, 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также медицинской услуги «Лазерное удаление новообразований» в ООО «Клиника ОНА-Эстетик», предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

настоящим выражаю свое добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг, в соответствии с договором № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ в ООО «Клиника «ОНА-Эстетик». Я не возражаю против кандидатур врачей и иных специалистов, которые будут оказывать мне медицинскую помощь.

**В доступной для меня форме мне разъяснены** цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ней риски, возможные варианты медицинской услуги, ее последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги. 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. контактный телефон)

**Я добровольно прошу** врача-косметолога, а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов и персонал, провести процедуру «Лазерное удаление новообразований».

**Мне понятна суть и характер** указанных выше процедур.

**Я поставил(а)** в известность врача обо всех особенностях, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

**Я сообщил(а)** правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**Меня проинформировали, что противопоказаниями к проведению процедуры являются:**

- наличие активных воспалительных процессов снижает или сводит к нулю лазерное лечение
- подтвержден злокачественный статус новообразования
- наличие подозрения на онкологию или диагноз в анамнезе
- кожные заболевания в состоянии обострения: экзема, дерматит, гнойнички, аллергия
- период менструации, беременности, кормления грудью
- хронические заболевания, сахарный диабет в стадии декомпенсации
- тяжелые заболевания иммунодефицита
- эпилепсия
- аутоиммунные процессы
- повышенное образование келоидных рубцов

**Я предупрежден(а),** что последствиями проведения процедуры могут быть:

- проходящее чувство жжения;
- временное покраснение кожи вокруг раны;
- пигментация (как отдаленные последствия у лиц со склонностью к гиперпигментации, или после солнечного облучения);
- нагноению (редко, в случае инфицирования раны);
- рубцы (редко, у лиц со склонностью к образованию рубцов, после удаления глубоких элементов, при несоблюдении правил ухода за раной)

**Особые указания:**

- В течении 5-7 дней исключить травмирующие факторы (распаривание, механические воздействия, удаление корочки, физиотерапевтические и косметические процедуры, способные нарушать целостность кожи, раздражать или загрязнять её)
- Не мочить 5-7 дней
- Обрабатывать рану рекомендованными врачом средствами.
- Избегать инсоляции (солнечного облучения) до исчезновения следов от удаления, использовать солнцезащитный крем высокой степени защиты).
- Гарантированное удаление бородавок, моллюсков, папиллом, остроконечных кондилом и т.д. возможно после проведения курса лечения, определенного врачом (особенно при удалении крупных образований (более 1 см), подошвенных бородавок, при выраженном гиперкератозе элементов).

**Я сообщаю,** что в предшествующие 2 недели мне не делали процедуры химического пилинга, мною не использовались косметические средства с гликолевыми кислотами и ретинолом А.

**Я понимаю,** что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы. ООО «Клиника ОНА-Эстетик» **не несет ответственности** в случае возникновения осложнений, если я не выполнял(а) рекомендации врача, не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.

**Я обязуюсь** выполнять рекомендации врача.

**Мне понятна** информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

**Мне была предоставлена возможность** задать любые вопросы относительно запланированной процедур, альтернативных форм лечения и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур.

**Меня предупредили** о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего организма.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры **с помощью лазера «Лазерное удаление новообразований».**

**Я проинформирован (а) о том,** что, через 2 недели после проведенной процедуры, я обязан (а) посетить врача ООО «Клиника ОНА-Эстетик» для контрольного осмотра и оценки результатов лечения. Осмотр и консультация врача-косметолога в данном случае бесплатна. В случае неявки, ООО «Клиника ОНА-Эстетик» снимает с себя ответственность за состояние моего здоровья и возможные осложнения после проведенной косметологической процедуры.

**Я даю согласие** на съемку до и после процедуры, понимая, что все снятые материалы останутся собственностью ООО «Клиника ОНА-Эстетик» и необходимы для отслеживания результатов процедур, а также при решении спорных вопросов в судебном порядке.

**Я ознакомлен(а)** в доступной для меня форме с содержанием прав и обязанностей пациента, предусмотренных ст. ст. 13, 18-20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ; ст. 41 Конституции РФ; прав потребителя, гарантированных ст. ст. 7-10, 27, 36 законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1.

**Я подтверждаю,** что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен, и его содержание мне понятно.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное** согласие на проведение медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
**(подпись)**

\_\_\_\_\_  
**(Ф.И.О. медицинского работника)**

\_\_\_\_\_  
**(подпись)**

\_\_\_\_\_  
**(Ф.И.О. пациента)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.