**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ**

|  |
| --- |
|  |

 Я, пациент (законный представитель пациента)

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг уполномочиваю врача

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

выполнить мне процедуру

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а).
2. Хирургическое вмешательство проводится под местной инфильтрационной анестезией. При введении анестетика возможны учащения сердцебиение, тошнота, головокружение, снижение артериального давления, потеря сознания. В месте инъекции возможны гематомы.
3. Побочные эффекты обычно связаны с повышенной индивидуальной чувствительностью кожи и могут, и могут проявляться как во время процедуры, так спустя некоторое время, о чем необходимо проинформировать лечащего врача. Возможны следующие побочные явления.

-На коже в любом случае останется рубец, точные характеристики этого рубца не могут быть определены до процедуры в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания. При первых признаках гипертрофии рубца: увеличение его плотности, изменение цвета, необходимо обратиться к врачу

- Локальный отек, припухлость, ощущения дискомфорта, жжения или умеренной боли

-Развитие гиперпигментации кожи после процедуры, как следствие пребывания на солнце. Необходимо защищать кожу от прямых солнечных лучей в течении 4-х месяцев

-Возможен рецидив образования, как следствие особенности организма.

**4.Противопоказания к проведению процедуры является:**

-сахарный диабет 1-го типа суб-и декомпенсированный

-нарушения свертывающей системы крови

-заболевание сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации

-иммунодепрессивные и эндокринные заболевания

-беременность и период лактации.

|  |
| --- |
|  |

**5**.В настоящий момент я принимаю препараты

|  |
| --- |
|  |

 Я знаю об имеющихся у меня заболеваниях

|  |
| --- |
|  |

**6.**Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача после процедуры удаления образований.

-запрещается мочить послеоперационную рану до снятия швов

-избегать механического, химического и термического повреждения

-обрабатывать раневую поверхность лекарственным препаратом, назначенным врачом

- при возникновении болезненности и покраснения вокруг раны, незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

**7.** Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении процедуры и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения (аллергические реакции, пигментация, присоединение вторичной инфекции, возникновение гипертрофических и келоидных рубцов).

**8.** Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинский центр не несет ответственности за их возникновение.

**9.** Пациент внимательно осмотрен специалистом, пациент, (его законный представитель) ознакомился с планом прохождения процедуры, принял решение получить медицинскую услугу на вышеуказанных условиях, и доверяет специалисту принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе процедуры с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния пациента.

|  |
| --- |
|  |

**10.** Дополнительная информация

|  |
| --- |
|  |
|  |

 Настоящие согласие мною прочитано. Подтверждаю свое информированное согласие на проведение процедуры удаления доброкачественных образований кожи и подкожной клетчатки

 « » 201 г.

|  |
| --- |
| ФИО пациента (законного представителя) подпись дата подписи  |

 Настоящее согласие подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и являются приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

 « » 201 г.

|  |
| --- |
| ФИО медицинского работника подпись дата подписи  |