**ДОКТОР ПЛЮС » Общество с ограниченной ответственностью**

**423450 РТ г.Альметьевск, ул. Маяковского, 62/2 ;тел:.44-18-18 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНН: 1644068916; КПП:164401001; Р/сч.:40702810300090000334**

 **в "Тимер Банк" АО; БИК 044525567;к/сч.30101810345250000567**

*Приложение к договору №\_\_\_\_\_ от " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_202 \_\_г.*

**Информированное добровольное согласие на проведение**

**Радиоволнового лечения шейки матки /взятие радиоволнового/ скальпелем (подчеркнуть) биопсии с измененного участка ш/матки/ влагалища,/ с поверхности кожных покровов или слизистых/, радиоволновое удаление кондилом, папиллом.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных***

***граждан:***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО),паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Зарегистрированный/ая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или

лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: лечение шейки матки радиоволновым методом, взятие радиоволной/ скальпелем (подчеркнуть) биопсии с измененного участка ш/матки/ влагалища,/ с поверхности кожных покровов или слизистых/, радиоволновое удаление кондилом, папиллом с применением местной топической (аппликационной) анестезии/ инъекционной инфильтрационной анестезии/ общей анестезии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать). Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии. Что возможно: снижение давления, потеря сознания, аллергическая реакция в различном виде крапивницы, жжения, зуда, покраснения, отека вплоть до анафилактического шока и летального исхода. При котором мне будут оказаны лечебные мероприятия экстренная мед. помощь, с применением антигистаминных, гормональных (дексаметазон, преднезалон), гипо (гипер)тензивных препаратов (адреналина и норадреналина)и реанимационных мероприятий.

Настоящее согласие дано ООО «ДОКТОР ПЛЮС», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01181-16/00318859от 06.02.2018г., по адресу:

г. Альметьевск, ул. Маяковского, д. 62/2 (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю Врача –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что в ходе процедуры Врач обрабатывает половые органы антисептическим средством; вводит зеркало, если необходимо, устанавливает кольпоскоп, чтобы процесс лечения был под контролем оптики ; вводит электрод через влагалище или подводит к пораженному участку кожи и контактную пластинку под участок тела, где проводится лечение, радиоволны, не контактируя со слизистой, рассекают нужные ткани, коагулируют ткани и сосуды.

**Показания** *(нужное отметить) :* эрозия шейки матки; эндоцервикоз; дисплазия шейки матки; атипичные участки шейки матки, ноботовые кисты, полипы, папиломы, кандиломы кожи,/ слизистой, новообразования неясного генеза.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** 1-2 раза, до полного излечения или приостановления патологического процесса.

**Предполагаемый результат**

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современного медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть доступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** острые воспалительные процессы, острые гепатиты или выявленые скрытые инфекции. Установленный кардиостимулятор; беременность, менструация, маточные кровотечения; ряд других соматических болезней; нарушения свертываемости крови, психически неадеквантые состояния.

 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 денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

 Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от *индивидуальной особенности организма:* после манипуляции могут появиться сукровичные или обильные кровянистые выделения (из-за отторжения струпа п/операц. раны), которые обычно проходят за 14-30дней или после приема гемостатических препаратов (транексама 500мг-3р/д (врач обозначит это в рекомендациях))

 ⁃ полипы/ кандиломы/ очаги эндометриоза / дисплазии могут появляться повторно из-за инфицирования ВПЧ, или учитывая особенности организма и неизлечимость полностью заболевания эндометриоз, из-за глубины процесса не видимого имеющим современным оборудованием и индивид. особенности организма и проявления заболевания

 ⁃ появятся корочки, углубление;

 ⁃ возможно образование рубчиков;

 ⁃ возможно появление новых папиллом на месте удаления т.к. это вирусное проявление или явление инсулинорезистентности или на других участках кожи

 ⁃ Нагноение раны при неправильном уходе после удаления папилломы или после биопсии.

 ⁃ Кровотечение  при наличии крупного питающего сосуда.

 Возможные ощущения во время процедуры – небольшой дискомфорт в нижней части живота, покалывание может быть довольно чувствительное как при болезненных менструациях и легкое жжение.

 В случае проявление осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. В частности, в течение до 30 дней воздержаться от половой жизни , сократить физические нагрузки, не принимать ванну, не ходить в бассейн или сауну. Категорически нельзя использовать в это время тампоны, спринцеваться и переохлаждаться. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

 Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, 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 здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я **разрешаю /не разрешаю** *(нужное подчеркнуть)*врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

 Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО Пациента/законного представителя)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись Пациента) (дата)*

Вышеуказанный Пациент ООО «ДОКТОР ПЛЮС» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(должность, ФИО врача)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись Врача) (дата)*