

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (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)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение **PRP-терапии(плазмотерапия)** врачом травматологом -ортопедом в **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр « Риорит»**

Медицинским работником, **врачом травматологом -ортопедом** _____,

в доступной для меня форме мне разъяснено: - цели оказания медицинской помощи: ремодуляция суставного хряща, менисков, связок и сухожилий при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (ненужное зачеркнуть). _____ (иное указать). Методы оказания медицинской помощи: мне разъяснено, что PRP-терапия (плазмолифтинг, плазмопластика,

плазмотерапия,клеточная терапия) представляет собой терапевтический метод, заключающийся во введении собственной плазмы к месту патологического очага, триггерной точки. Плазма – это жидкая часть крови, которая в себе содержит ряд витаминов, белки, ферменты, тромбоцитарные факторы роста,и другие полезные вещества, содержащиеся в Вашей собственной крови. В состав плазмы входят тромбоцитарные факторы роста, в результате их воздействия ускоряется заживление, а имеющийся воспалительный процесс устраняется. Мне разъяснено, что в основе метода лежит использование собственной плазмы пациента; из нее, при помощи специальной методики получают плазму, обогащенную тромбоцитарными факторами роста, содержащимися в собственной крови. В полученную плазму крови ничего не добавляется. Далее полученную плазму вводят в мышцу, подкожно вокруг сустава, в межсуставную щель или иное. Содержащиеся во введенной плазме факторы роста, способствуют интенсивному восстановлению пораженного участка ткани, в том числе суставов, связок, сухожилий. Мне разъяснено, что плазмотерапия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию. Мне разъяснено, что перед процедурой плазмотерапии нельзя употреблять жирную пищу. Мне разъяснено, что плазмотерапия может осуществляться без применения местного обезболивания. Процедура может проводиться под контролем УЗИ навигации.

Связанный с методами риск: Мне разъяснено, что противопоказаниями к плазмотерапии являются: нарушения в системе свертываемости крови; острые инфекционные заболевания; сепсис; онкология любой стадии.

Мне разъяснено, что плазмотерапия является относительно безопасной процедурой. Риск побочных явлений минимален, поскольку используется собственная плазма пациента. В зависимости от целей терапии требуется от 9 мл крови, такая потеря крови является незначительной, не влияет на функционирование организма и не требует восстановительного периода.

Мне разъяснено, что при плазмотерапии возможно возникновение нежелательных реакций и осложнений: отечность и покраснение кожи, небольшие гематомы в местах введения, покраснение кожи (гиперемия).

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: мне разъяснено, что результатом процедуры плазмотерапии является снижение спазма мышц, купирование болевого синдрома, ускорение процесса восстановления тканей опорно-двигательного аппарата, улучшение функции сустава, уменьшение периода реабилитации после оперативных вмешательств, протезирования, травм, увеличение амплитуды движений в суставе, улучшение качества жизни пациента. (иное указать). Цели-лечение болевого, воспалительного синдрома в суставах, ускорение восстановления тканей и клеток _____, Мне разъяснено, что после PRP-терапии(плазмотерапии)рекомендуется соблюдение режима, предписанного лечащим врачом, рекомендуется в день проведения PRP-не принимать душ и не тереть места инъекций. _____(иное указать) .

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".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21ноября 2011 г. N 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:

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО медицинского работника) (подпись)