Информированное добровольное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы Plasmolifting Gel в ООО «Антериор».

Я_____
(ФИО)

Возраст_____ тел:_____

Доверяю проведение процедуры Plasmolifting Gel (тм) врачу:
_____

Plasmolifting Gel представляет собой процедуру введения богатой тромбоцитами плазмы , полученной из крови самого пациента , в зону , подлежащую
лечению._____

Процедура проводиться под местной анестезией Plasmolifting Gel (тм) – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускорения полноценного восстановления тканей организма.
Данный метод имеет разрешение Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2010 /380 от 26.10.2010г.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры
Plasmolifting Gel (тм) и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Мое внимание было обращено на то, 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 Plasmolifting Gel, содержит процедуру 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.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствует аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. В ином случае , после полученных от врача разъяснений , я отвечаю за последствия .

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г