

Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
на проведение процедуры «Плазмолифтинг»  
(аутоstimуляции регенеративных процессов богатой тромбоцитами плазмы)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. р.  
полностью соглашаюсь с тем, что проведение процедуры «Плазмолифтинг» (аутоstimуляции регенеративных процессов богатой тромбоцитами плазмы) в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник:

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

**Мне сообщена** в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: цели, методы оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства.

**Мною получены:**

- разъяснение по поводу диагноза, отраженного в медицинской карте;
- информация об особенностях проведения процедуры «Плазмолифтинга»;
- длительности курса и результатах.

**Меня предупредили**, что «Плазмолифтинг» является коммерческим названием и подразумевает аутоstimуляцию регенеративных процессов с использованием инъекционной формы богатой тромбоцитами плазмы.

**Мне было разъяснено** моим лечащим врачом,

- что стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы представляет собой процедуру введения БотП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению

\_\_\_\_\_;

- что стимуляции ауторегенерации с использованием богатой тромбоцитами плазмы - это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма;

- что данный метод имеет разрешение Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2010/380 от 26.10.2010г.;

- что процедура может проводиться под местной анестезией.

**Лечащий врач подробно ознакомил меня** с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы и с ходом самой процедуры.

**Меня предупредили**, 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.

**Мне рекомендовано** не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача.

*Для женщин: Я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации.*

**Я подтверждаю**, что не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты. *В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.*

**Меня проинформировали:**

- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.
- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;

- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;

**Я поставил/а в известность лечащего врача** обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

**Я даю согласие** на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Я даю согласие** что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(подпись врача) (расшифровка подписи)