

«Косметологическая клиника доктора Кенсовской»

Информированное добровольное согласие на PRP терапию (плазмолифтинг, плазмопластику)

В соответствии с Законодательством РФ об охране здоровья граждан, я, Пациент имею право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи с чем уполномочиваю врача ФИО провести процедуру PRP-терапия (плазмолифтинг).

Я информирован(а), что плазмолифтинг – метод инъекционного введения в ткани организма богатой тромбоцитами плазмы, полученной из крови пациента.

Настоящий документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я имел(а) возможность ознакомиться с предлагаемым лечением и мог (могла) отказаться от него, либо дать согласие на проведение лечения. Врач поставил мне следующий диагноз:

и указал на необходимость проведения лечения. Отказ от лечения может повлечь за собой прогрессирование процесса, либо отсутствие эффекта от других проводимых видов лечения.

Я понимаю, что данное лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач ФИО мне понятно объяснил суть метода. Я предупрежден(а), что после введения препарата могу появиться реакции, типичные для самой процедуры инъекции: припухлость, покраснение, болезненность при прикосновении, образование гематом в месте введения препарата.

Эти реакции обычно самопроизвольно проходят через 5-7 дней после инъекции.

Лечащий врач проинформировал меня о **противопоказаниях к процедуре**, а именно:

- Системные заболевания крови;
- Непереносимость гепарина;
- Беременность;
- Лактация;
- Злокачественные новообразования;

Я обязуюсь выполнять после проведения процедуры следующие манипуляции:

- Избегать воздействия высоких температур на область инъекций (горячие компрессы, сауны, бани) в течении 2-3 дней;
- Не использовать наружные раздражающие средства;

Я понимаю необходимость контроля качества лечения в будущем и обязуюсь на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте.

Я информировал(а) врача ФИО обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

Пациент *внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.*

Врач ФИО

Пациент Пациент

Подпись _____

Подпись _____

Дата

Дата