Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00323175
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202
Взрослое и детское отделения: 123022, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Пресненский, улица 1905 года, дом 21, помещение 2/1
Телефон: +7 (800) 775-83-03, электронная почта: reception@hormonelife.ru
Сайт: hormonelife.ru

Информированное добровольное согласие на инъекционные методы лечения

Информированное добровольное согласие оформляется в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заполняется пациентом либо его законным представителем до начала вмешательства.

фамилия, имя, отчество пациента полностью — год рождения

адрес места жительства — контактный телефон

фамилия, имя, отчество законного представителя, если согласие даёт он

Вид вмешательства

наименование процедуры, препарат, зона введения

Настоящее согласие распространяется на плазмотерапию (PRP), мезотерапию, биоревитализацию, плацентарную терапию и иные инъекционные методы, назначенные лечащим врачом.

Цели и методы

Процедура проводится с целью стимуляции восстановительных процессов в тканях, улучшения их трофики и качества. Метод состоит во введении в ткани препарата или обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы, полученной из крови пациента путём центрифугирования. Процедура выполняется врачом в условиях процедурного кабинета с соблюдением правил асептики. Курс может включать несколько процедур.

Предполагаемые результаты

Улучшение состояния тканей в зоне введения. Выраженность и длительность эффекта индивидуальны и зависят от исходного состояния, возраста и сопутствующих заболеваний. Результат не является гарантированным и может потребовать повторных процедур.

Возможные варианты помощи

Альтернативой являются лекарственная терапия, физиотерапия, аппаратные методы, хирургическое лечение либо отказ от вмешательства.

Риски и возможные осложнения

— болезненность, отёк, покраснение и гематомы в местах инъекций;

— временные папулы и уплотнения в зоне введения;

— аллергическая реакция на препарат или анестетик, вплоть до анафилактической;

— инфицирование места инъекции, формирование воспалительного инфильтрата;

— обострение герпетической инфекции;

— вазовагальная реакция: слабость, головокружение, обморок;

— недостаточный эффект или его отсутствие.

Противопоказания

Беременность и период грудного вскармливания; злокачественные новообразования; аутоиммунные заболевания в активной фазе; нарушения свёртывания крови, тромбоцитопения, приём антикоагулянтов и дезагрегантов; острые инфекционные заболевания и лихорадка; воспалительные изменения кожи в зоне введения; декомпенсированный сахарный диабет; индивидуальная непереносимость компонентов препарата; психические расстройства в стадии обострения.

Подготовка и период после процедуры

За несколько суток до процедуры по согласованию с лечащим врачом отменяются препараты, влияющие на свёртывание крови. После процедуры на срок, определённый врачом, исключаются баня, сауна, бассейн, солярий, интенсивные физические нагрузки и приём алкоголя, а зону введения не следует массировать и травмировать.

Подтверждение пациента

Я подтверждаю, что получил(а) информацию в доступной для меня форме, имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них понятные ответы. Мне разъяснено, что я вправе отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе. Я сообщил(а) медицинскому работнику достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесённых и имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах и аллергических реакциях.

Я уведомлён(а), что медицина не является точной наукой и гарантировать полное достижение ожидаемого результата невозможно. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача в период после процедуры и своевременно сообщать обо всех изменениях самочувствия.

Мне разъяснено, что при плазмотерапии используется моя собственная кровь, забор которой проводится непосредственно перед процедурой, и что при плацентарной терапии применяется зарегистрированный лекарственный препарат.

дата	подпись пациента или представителя	расшифровка подписи

дата	подпись врача	фамилия, имя, отчество врача