

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Я. _____

Ф.И.О. гражданина или законного представителя

« _____ » _____ года рождения

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг уполномочиваю врача _____
выполнить мне процедуру _____

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а).
2. Хирургическое вмешательство проводится под местной инфильтрационной анестезией. При введении анестетика возможны учащения сердцебиения, тошнота, головокружение, снижение артериального давления, потеря сознания. В месте инъекции возможны гематомы.
3. Побочные эффекты обычно связаны с повышенной индивидуальной чувствительностью кожи и могут, и могут проявляться как во время процедуры, так спустя некоторое время, о чем необходимо проинформировать лечащего врача. Возможны следующие побочные явления.
- На коже в любом случае останется рубец, точные характеристики этого рубца не могут быть определены до процедуры в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания. При первых признаках гипертрофии рубца: увеличение его плотности, изменение цвета, необходимо обратиться к врачу
- Локальный отек, припухлость, ощущения дискомфорта, жжения или умеренной боли
- Развитие гиперпигментации кожи после процедуры, как следствие пребывания на солнце. Необходимо защищать кожу от прямых солнечных лучей в течение 4-х месяцев
- Возможен рецидив образования, как следствие особенности организма.

Противопоказания к проведению процедуры является:

- заключение онколога о злокачественной природе новообразования, тогда пациент направляется на дальнейшее обследование и лечение в специализированную онкологическую клинику;
- хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации, бактериальные и вирусные инфекции, болезни крови и эндокринной системы (сахарный диабет) в декомпенсированной форме, тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и мочеполовой сферы.
- келоидные рубцы в анамнезе.
- беременность и период лактации.

В настоящий момент я принимаю препараты _____

Я знаю об имеющихся у меня заболеваниях _____

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача после процедуры удаления образований.

- запрещается мочить послеоперационную рану
- избегать механического, химического и термического повреждения
- обрабатывать раневую поверхность лекарственным препаратом, назначенным врачом
- при возникновении болезненности и покраснения вокруг раны, незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении процедуры и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения (аллергические реакции, пигментация, присоединение вторичной инфекции, возникновение гипертрофических и келоидных рубцов).

Я ознакомлен(а) с планом лечения, особенностями восстановительного периода, возможными осложнениями, полностью осознаю содержание и назначение документа, даю свое согласие на манипуляцию, обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Удаление новообразований с последующим гистологическим исследованием отказываюсь/ согласен(а) выполняется косметологом/дерматовенерологом в плановом порядке при наличии показаний к операции по желанию пациента после заключения договора пациента с ООО «стомодент» и оплаты лечения.

Оплата за лечение производится в день манипуляции по прейскуранту ООО «стомодент»

Настоящие согласие мною прочитано. Подтверждаю свое информированное согласие на проведение процедуры удаления доброкачественных образований кожи и подкожной клетчатки.

подпись

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

Пациент внимательно осмотрен специалистом, пациент, (его законный представитель) ознакомился с планом прохождения процедуры, принял решение получить медицинскую услугу на вышеуказанных условиях, и доверяет специалисту принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе процедуры с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния пациента.

подпись

Ф.И.О. медицинского работника

« _____ » _____ г.