

**Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации ТАП
(тромбоцитарной аутологичной плазмой)**

Я, _____,
возраст _____, тел. _____, доверяю проведение процедуры стимуляции
ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой врачу _____.

Стимуляция ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой согласно «Номенклатуре медицинских услуг» является медицинской услугой, поскольку представляет собой совокупность простых медицинских услуг. Данная процедура предназначена для ускоренного полноценного восстановления тканей организма путем введения ТАП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению – _____.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой, может быть аппликационной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё 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.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

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

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют 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 все последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/приложить общий анализ крови.

Прилагаю _____ Не прилагаю _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.