

## Информированное добровольное согласие на проведение процедуры массажа.

На основании ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" Я, \_\_\_\_\_

**добровольно** прошу специалиста центра провести процедуру массажа.

**Я сообщаю** врачу об известных мне аллергических реакциях на: \_\_\_\_\_

о своих вредных привычках: \_\_\_\_\_

о применяемых медицинских препаратах: \_\_\_\_\_

о наличии у меня хронических заболеваний: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к массажу, а именно:

### **абсолютные противопоказания:**

- заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
- туберкулез;
- СПИД;
- наличие опухолей;
- наличие индивидуальной непереносимости массажа;
- наличие нарушений психики.

### **относительные противопоказания:**

- лихорадка;
- заболевания кожи;
- венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
- алкогольное опьянение;
- острые заболевания и инфекции;
- беременность;
- менструация;
- интоксикации;
- кровотечения любого генеза.

Кроме этого могут быть выявлены другие индивидуальные медицинские противопоказания, этот вопрос рекомендуется решать со своим лечащим врачом в поликлинике.

**Я понимаю**, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы и **центр не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщила или не знала о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.**

**Я осознаю**, что возможны болевые ощущения во время процедуры а также реакции на процедуру в виде микрогематом, (при этом их интенсивность и количество могут увеличиваться в теплое время года и зависят от изначального состояния кровеносных сосудов), синяков, гиперемии, аллергических реакций.

**Кроме того, я был(а) проинформирован(а) о том, что:**

- оптимальный курс массажа составляет 10 сеансов;
- курсы массажа необходимо повторять минимум дважды в год;
- а для коррекции фигуры – 1 раз в квартал плюс поддерживающие 2-4 массажа в месяц (в зависимости от состояния);
- массаж для лица является профилактическим мероприятием и после прохождения курса необходимо проходить поддерживающие массажи 1-2 раза в неделю (в зависимости от состояния кожи лица и декольте);
- при проведении курса массажа по коррекции фигуры необходимо для усиления эффекта придерживаться рекомендаций массажиста по соблюдению диеты и режима физической нагрузки;
- возможна аллергическая реакция организма на применяемые масла и гели;
- необходимо соблюсти трехмесячный срок после установки внутриматочной спирали и пройти консультацию у наблюдающего гинеколога, так как массаж улучшает кровообращение в малом тазу и может произойти отторжение спирали или может быть спровоцировано кровотечение

**Я подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. **Мне достаточно** полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры массажа.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(подпись пациента – фамилия, имя, отчество полностью и подпись)

Специалист: \_\_\_\_\_