

О порядке проведения комбинированного лечения варикозной болезни, включая Эндовенозную лазерную коагуляцию.

Согласно п. 8 Договора об оказании платных медицинских услуг, в договор, заключенный 07.10.2024 г. вносятся следующие дополнения: 1. Приложение о порядке проведения комбинированного лазерного лечения варикозной болезни, содержащего: 1.1. Информированное согласие (Приложение 1.1.); 1.2. Памятка пациенту (Приложение 1.2.);

Приложение 1.1.

1. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
2. При проведении медицинского вмешательства может использоваться анестезия местная анестезия.
3. Я ознакомлен с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.
4. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний, возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.
5. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому работнику ООО «Варикоза Нет» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, в том числе: *Аллергический анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, различные дерматиты, кожный зуд, аллергический ринит, конъюнктивит; головокружение, тошнота, повышение температуры тела, рвота, дисбактериоз.*
Не отягощен, непереносимости нет, ред. 07.10.2024
V
(указать тип реакции, если отмечалась ранее у меня, моего представляемого и указать лекарственное средство, вакцину, сыворотку)
Примечание: при автоматическом заполнении поля, после текста, вписать собственноручно: Подтверждаю и поставить подпись.
6. Я информирован о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству, которые могут развиваться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:
 - Образование временного болезненного инфильтрата по ходу коагулированной вены, подкожные инфильтраты в области инъекций;
 - Некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки;
 - Воспаление подкожных вен, лимфоррея и лимфоцеле;
 - Внутрикожные кровоизлияния, гематом;
 - Повреждение нервов, ожоги кожи, повышении температуры до 38⁰ до 7 дней;
 - Возникновение артериовенозной фистулы;
 - Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен;
 - Термоиндуцированный тромбоз;
 - Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
 - Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства;
 - Развитие венозного тромбозмболизма, летального исхода.
7. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного и/или эстетического эффекта.
8. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
9. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.
10. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
11. Я информирован, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.
12. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.
13. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств до и после медицинского вмешательства и использование компрессионного трикотажа.
(подпись пациента)
14. Я согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учётом сохранения врачебной тайны.