

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – полная безоперационная пересадка собственных фолликулов методом FUE

Я,
пациент
Дата рождения:

ПОЛ:

возраст лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, паспорт
выдан

<input type="text"/>	<input type="text"/>
серия	номер
<input type="text"/>	<input type="text"/>
когда	кем

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:
 ФИО ребенка или недееспособного гражданина дата рождения

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на полную безоперационную пересадку собственных фолликулов методом FUE которое будет проводить медицинский персонал **Общество с ограниченной ответственностью Клинико-Диагностический Центр «ПЕРСОНА-МЕД»**, ОГРН 1172375094418, выдано ИФНС № 16 по Краснодарскому краю 14.11.2017 года, фирменное наименование: «Клиника высоких медицинских технологий «WMT», далее по тексту - Клиника).

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Наличие указанных в настоящем документе осложнений не является дефектом лечения. Подписывая настоящий документ, я принимаю нижеперечисленные риски. До моего сведения доведены альтернативные планы лечения. Я информирован (а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках:

В частности, мне объяснено, что цель проведения процедуры пересадки — это восстановление волосяного покрова в зоне выпадения волос с тем, чтобы улучшить мой внешний вид (моей прически).

Показания к полной безоперационной пересадке собственных фолликул FUE:

- андрогенная алопеция;
- рубцовая алопеция;
- залысины на лбу и висках, врожденная высокая линия роста волос;
- необходимость коррекции линии роста волос в области бровей, усов, бороды, висков.

Противопоказаниями к процедуре являются:

- тромбоз;
- острые воспалительные высыпания или проявления хронических кожных заболеваний в зоне предполагаемых инъекций;
- индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата, анестетика;
- наличие в анамнезе аутоиммунной патологии или проведение иммуносупрессорной терапии, а также обострения любого соматического заболевания;
- беременность и лактация;
- наличие постоянного импланта в зонах предполагаемой коррекции;
- нарушение свертываемости крови;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- онкология;
- сахарный диабет
- трихоломания
- дисморфофобия

Я получил консультацию врача-хирурга по поводу выпадения моих волос, ознакомлен о состоянии волос, все понял(а) и согласен(а), с установленным диагнозом андрогензависимая/очаговая/диффузная/рубцова/алопеция, в связи с чем я даю свое согласие на проведение процедуры по пересадке моих волос из донорской зоны в зону облысения. Я согласен на сдачу всех требуемых анализов, необходимых для проведения процедуры пересадки волос. Я самостоятельно принял решение о пересадке волос. Я так же осведомлен о других альтернативных способах пересадки волос и маскировки зоны облысения (накладные волосы, парики и т.д.). Я осведомлен что плотность пересаженных волос будет отличаться от природной густоты моих собственных волос до их выпадения (до постановки диагноза андрогензависимая/очаговая/диффузная/рубцова/алопеция). Я понимаю каким методом будет проводиться обезболивание при проведении процедуры пересадки волос и даю согласие на его применение.

Я был(а) проинформирован(а) о том, что:

- все пересаженные волосы выпадают в течении 1 места и начинают расти через 3-4 месяца

- после процедуры пересадки возможен эффект «шоклосс» (процесс, когда могут временно поредеть, свои не пересаженные волосы). Этот период может длиться до 3-4 месяцев.
- при начале роста пересаженных волос в реципиентной зоне может появляться раздражение фолликулиты, которые проходят самостоятельно после прорастания основного количества волос (4-6 мес.)

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма я согласен (а) с тем, что успех лечения в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма и образа жизни и никто не может предсказать точный результат лечения, который является только условно прогнозируемым. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям медицинской науки, нельзя исключать побочные явления и осложнения.

Я понимаю, что целью процедуры является улучшение эстетических качеств. Мне совершенно понятно, что оценка эстетического результата вмешательства является субъективной и зачастую расходится у людей. Результат может не соответствовать моим ожиданиям, но я добровольно принимаю на себя данные риски.

Мне сообщена вся интересующая меня информация и со мной согласованы: методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки и стоимость проведения лечения.

Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что непредоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства.

Я предупрежден (а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и(или) выявления сопутствующей патологии и(или) обусловленные индивидуальными особенностями моего организма. Я уведомлен (а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для динамического наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Я извещен (а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Мне разъяснены последствия такого отказа.

Я согласен (а), чтобы мне сфотографировали зону вмешательства перед операцией, во время и после лечения с сохранением конфиденциальности, если отдельным соглашением не оговорено иное.

Я полностью понимаю суть изложенного, получил (а) подробные ответы на все заданные мной вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации. Получив полную информацию о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, лечением, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Дополнительно:

Вариант 1:

Пациент _____ / _____ «__» _____ 20__ г.

Врач _____ / _____ «__» _____ 20__ г.

Вариант 2:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ / _____ «__» _____ 20__ г.

Врач _____ / _____ «__» _____ 20__ г.