

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: КОСМЕТИЧЕСКИЙ ПИРСИНГ

Я, _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «КораллДент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: косметический пирсинг - услуга по установке специальных украшений в мягкие ткани ушных раковин, хрящевые участки носа и ушных раковин, с целью удовлетворения эстетических потребностей пациента.

Я получил от лечащего врача _____ (Ф.И.О. врача)

всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве, мне разъяснено следующее:

1. Прокалывание ушей (пирсинг) детям до 6 месяцев не рекомендовано, так как мочка уха ещё маленькая и биологически активные точки расположены на ней концентрированно (очень близко). Поэтому при раннем прокалывании ушей повышается риск изменений в состоянии здоровья, а к пяти годам эти точки концентрически расходятся и прокол в центре мочки уха считается уже безопасным. К этому возрасту ребенок также готов психологически. Манипуляция проводится стерильными серьгами-иглами при помощи специального медицинского пистолета. Постановка сережек мгновенная. Серьги из медицинского сплава, что исключает возможность окисления. Болезненные ощущения у детей переменны.

2. «Пистолет» для прокалывания ушей ребенка — самое распространенное средство, он прост в использовании и безопасен при соблюдении мер предосторожности. Прокол ушей осуществляется одноразовыми серьгами-иглами посредством «простреливания» мочки уха. Процедура совершается быстро, серьга остается в проколе. Перед каждым применением «пистолет» дезинфицируется, обеззараживается место прокола, иглы при прокалывании и серьги-иглы используются только одноразовые в индивидуальной упаковке.

3. Противопоказаниями к проведению процедуры являются:

- возраст до 6 месяцев;
- соматическое или инфекционное заболевание в остром периоде и до 14 дней после него;
- хронические заболевания в период обострения;
- болезни крови и капилляров;
- острая крапивница и отёк Квинке в анамнезе;
- сахарный диабет; предрасположенность к келоидам; плохое заживление ран; недомогание;
- ослабление иммунной системы;
- иммунодефицитные состояния;
- проявления кожных болезней в области проведения манипуляций;
- болезни наружного и внутреннего уха в острой стадии индивидуальная непереносимость компонентов и материалов, используемых при манипуляции.

Не рекомендуется прокалывать уши детям, которые сильно напуганы, возбуждены, сопротивляются и плачут.

4. Мне было подробно разъяснено, что предстоящее медицинское вмешательство является инструментальным и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов, все же несет в себе риск возникновения следующих осложнений:

- инфекционные осложнения (гиперемия, отёк в области манипуляции, отделяемое из мест прокола);
- реакции индивидуальной гиперчувствительности (отек, зуд в области манипуляции, отделяемое из мест прокола);
- травматизация с последующим кровотечением;
- образование гранулем, келоидных рубцов.

Я предупрежден(а), что в случае возникновения какого - либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья моего или несовершеннолетнего пациента после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу.

5. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми.

Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений. Настоящим я доверяю врачу изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства, в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

6. Настоящим согласием, я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/несовершеннолетнего пациента здоровьем, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перечисленных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях несовершеннолетнего пациента, об

инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, о проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье.

Я предупрежден(а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат медицинского вмешательства, могут возникнуть тяжкие последствия.

Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня.

7. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о медицинском вмешательстве. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на).

Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации лечащего врача, как до, так и после процедуры. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

Пациент/Законный представитель: _____/_____

Врач: _____/_____

Дата: {ДатаПолная}