

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: НА
УДАЛЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА КОЖЕ МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ ИЛИ МЕТОДОМ
ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ**

Я, _____
Ф.И.О. взрослого пациента

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: **на удаление новообразований на коже методом криодеструкции или методом электрокоагуляции.**

Я получил от лечащего врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве.

Я, проинформирован(а) о методике выполнения процедуры удаления новообразований на коже и уполномочиваю врача, выполнить мне данную процедуру следующим методом: _____.

(метод медицинского вмешательства)

Врач подробно ознакомил меня с показаниями по применению косметологической процедуры: удаление новообразований на коже методом криодеструкции или методом электрокоагуляции, а также с ходом процедуры, выбранным методом.

Мне понятно, что **удаление новообразований на коже методом криодеструкции (криотерапии)** – это локальное воздействие низких температур (жидким азотом) на доброкачественное новообразование, вследствие которого ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению (деструкции) с помощью замораживания. Данный метод применяется для коррекции на коже следующих образований: бородавки, папилломы, гемангиомы, контагиозные моллюски и др. Если образование имеет значительные размеры, через 2-4 недели может потребоваться повторная обработка.

Мне разъяснено, что имеется высокий риск невозможности полного удаления доброкачественного новообразования на коже из-за отсутствия в медицине достоверных методов контроля глубины воздействия при криодеструкции, не исключена вероятность обморожения окружающих тканей, формирования рубца, поражения здоровых прилегающих тканей, рецидива образования с необходимостью повторного проведения процедуры.

Мне понятно, что **удаление образований на коже электрокоагуляцией** - это метод, с помощью которого происходит процесс прижигания тканей высокоточным электротоком. С помощью электротока ткани подгреваются до температуры 60 – 80 С°, что приводит к необратимому процессу свертывания белка. Слабый ток сразу же прижигает ранку, исключая кровопотерю. Данный метод применяется для коррекции на коже следующих образований: гемангиомы, родинки, папилломы, дерматофибромы, кисты сальных желез. Это не только эстетические недостатки, но и новообразования, которые могут переродиться в злокачественные опухоли.

Мне сообщили, что после процедуры на месте обработки образуется корочка, которая заживает и отпадает самостоятельно. Корочка исчезает через 10-12 дней, на ее месте появляется розовое пятно, окончательная клиническая картина в течение 6 месяцев.

Я осведомлен(а), что после проведения вмешательства на месте проведенной манипуляции возможен отек, покраснение кожи, образование пузырьков с жидкостью в течение нескольких дней.

Мне разъяснено, что противопоказаниями для проведения криодеструкции являются:

невъясненная этиология новообразования;

- активно выраженный воспалительный процесс кожи;
- индивидуальная непереносимость;
- лихорадочное состояние;
- заболевания нервной системы с резко повышенной возбудимостью;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации;
- иммунодефицитные состояния в стадии декомпенсации;
- герпетические высыпания в области новообразования;
- кожа непосредственно после загара;
- нарушенное кровообращение в области новообразования;
- непереносимость холода;
- холоддовая крапивница;
- сильная пигментация кожи;
- аутоиммунные заболевания;
- прием иммуносупрессантов;

- коллагеновые болезни;
- криоглобулинемия.

Я осведомлен(а), что противопоказаниями для применения метода электрокоагуляции являются:

- герпес в активной фазе;
- злокачественные новообразования;
- эпилепсия;
- наличие кардиостимуляторов;
- сахарный диабет;
- коагулопатии;
- индивидуальная непереносимость электропроцедур.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о нижеследующем:

- хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях;
- аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты;
- лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых;
- настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях;
- лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время;
- вредных привычках.

Мне сообщили, что при проведении процедуры: удаление новообразований на коже методом криодеструкции или методом электрокоагуляции возможно применение местной анестезии (аппликационной) с целью обезболивания, эффективность которой так же не может быть гарантирована, но гарантировано выполнение всех процедур специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих правил применения и норм санитарно-эпидемиологического режима.

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 предупрежден (а), что процедура удаления новообразований на коже может провоцировать появление эпидермальных кист (атером) и келоидных рубцов у лиц, имеющих к этому склонность. Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных, хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы, интенсивного лечения, госпитализации.

Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моей кожи и организма в целом.

От гистологического исследования отказываюсь.

Настоящим я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, о наличии у сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я предупрежден(а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат лечения. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня.

Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на).

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего 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}