

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Эндоскопический лифтинг лица**

Согласно ст. 20 Основ
об охране здоровья граждан в Российской
Федерации любое медицинское вмешательство,
имеющее своей целью диагностику, профилактику
или лечение заболевания, допустимо только после
получения врачом добровольного
информированного согласия пациента.
Настоящее приложение является неотъемлемой
частью медицинской карты пациента

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:

*Статьи 20 Основ об охране здоровья граждан в Российской Федерации;

*Статей 7, 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»;

*Пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1066.

2. Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) ООО «Центра косметологии и пластической хирургии» необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

3. Эндоскопический лифтинг лица - эстетическая операция, направленная на устранение или уменьшение опущения мягких тканей средней зоны лица.

Суть операции заключается в эндоскопическом отделении мягких тканей центрального отдела лица от костей лицевого скелета, их подъем с последующей фиксацией швами в эстетически выгодном положении. По показаниям во время операции ослабляются мимические мышцы лба, для уменьшения образования морщин и складок.

При эндоскопическом лифтинге лица:

Уменьшаются мимические морщины и складки лба,

Происходит изменение высоты (подъем или опущение) бровей и изменение их формы (при необходимости),

Уменьшение «темных кругов» и дефицита мягких тканей под глазами

Корректируется опущение малярных мешков

Уменьшается опущение мягких тканей щечных и скуловых областей, что приводит к некоторому подъему углов рта, уменьшению выраженности носогубных складок.

Выраженность этих изменений зависит от индивидуальных особенностей лица (объема и тяжести мягких тканей, строения лицевого скелета), **степени подъема и прочности фиксации мягких тканей во время операции**, а также **формирования внутренних рубцов, обеспечивающих удержания мягких тканей после операции.**

Данный вид операции не влияет на боковые отделы лица и не улучшает состояние шеи.

Эндоскопический лифтинг лица, как правило, не способен полностью устранить исходную асимметрию лица, кроме того на фоне длительного отека после операции она может стать более заметной.

После операции возникает выраженный отек и временное увеличение объема скуловых областей, за счет поднятия мягких тканей в эти области, что приводит к изменению внешнего вида лица. Эти явления, как правило, проходят в течение от 2-х до 6-ти месяцев, но могут сохраняться и более длительный период.

4. Противопоказаниями к эндоскопическому лифтингу лица являются:

Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения;

Острые заболевания;

Заболевания свертывающей системы крови;

Наличие гемотрансмиссивных инфекций;

Онкологические заболевания;

Беременность и ее планирование в течение 12 месяцев;

Период лактации;

Психические заболевания; депрессия;

Прием некоторых лекарственных препаратов.

Воспалительные процессы на коже в зоне операции;

5. Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья. Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоза, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с планируемой операцией:
послеоперационная инфекция;

послеоперационное кровотечение;
 неврологические нарушения: парез лицевого нерва, асимметрия лица, слабость мимических мышц, формирование патологических движений мимических мышц (синкинезий); онемение (снижение или потеря чувствительности); преходящие или постоянные болезненность, дискомфорт в лице в течение неопределенного времени;
 неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, что может быть связано с особенностью моего организма;
 временная отечность, образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, деформация мягких тканей лица;
 скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования; уплотнение мягких тканей;
 снижение эластичности кожи; изменение цвета кожи;
 неудовлетворительные эстетические результаты;
 расхождение швов;
 повторное опущение мягких тканей центральной зоны лица;
 формирование лигатурного свища,
 выпадение волос в зоне оперативного вмешательства;
 а также иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

6 Я добровольно даю согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам. Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

7. Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача и анестезиолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: _____

8. Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня заболеваниях: _____

и о применяемых мною медицинских препаратах: _____

9. Я сообщаю о своих вредных привычках: _____

10. Я сообщаю врачу обо всех сделанных мною ранее эстетических коррекциях: _____

11. Я понимаю, что во время операции или подготовки к ней могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я уполномочиваю моего врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

12. Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения запланированных процедур. Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Я достаточно информирован(а) и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта.

13. Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, и не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги.

14. 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, возможной нетрудоспособности.

15. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной мне операции в сторонние медучреждения без направления моего лечащего врача и проведения процедур, не согласованных с лечащим врачом, за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты.

16. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.

17. О необходимости соблюдения рекомендации в послеоперационном периоде я проинформирован(а). Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат.

18. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья.

19. Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий ООО «Центр косметологии и пластической хирургии».

20. Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.

21. Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

22. При появившихся вопросах можно связаться с лечащим врачом по тел. +7(343) 228-28-28.

Согласие пациента

23 Я _____

утверждаю, что у меня была возможность обсудить моё состояние и предлагаемое мне проведение медицинской услуги. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения.

24 Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех имеющихся у меня хирургических вмешательствах, аллергических реакциях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

25 Я согласен(а) и разрешаю врачу ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» проведение эндоскопического лифтинга лица _____.

26 Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых врач сочтёт необходимыми.

27 Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинских процедур в предложенном объёме.

28 Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться реакции не описанные выше. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат.

29 Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для моего здоровья.

30 Я предупрежден(а), что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) я беру на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий ООО «Центр косметологии и пластической хирургии».

31 Мне объяснено, решение о необходимости повторных процедур принимается врачом и может потребовать дополнительных материальных затрат.

32 Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально.

33 Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и понятные мне по содержанию разъяснения и рекомендации.

34 Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение врачом своей обязанности по информированию меня, как пациента, о сущности оказываемой мне услуги.

35 Я даю согласие на клиническое фотографирование, понимая, что эти фотографии являются частью медико-юридической документации и останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий (без лица, анонимно) может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения квалификации хирургов, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения или любых других целей, которые клиника сочтет необходимыми. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое персональные данные не будут разглашены.

36 Мне разъяснено моим врачом, что у меня есть альтернатива пройти лечение с обследованием в рамках обязательного медицинского страхования в государственном медицинском учреждении, бесплатно.

37 Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Второй экземпляр информационного листка и формы информированного согласия выдан мне на руки. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

38 Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента или его законного представителя: _____

Подпись врача: _____

ФИО _____

ФИО _____

Дата «__» _____ 201 г.

Дата «__» _____ 201 г.