

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ**

**Пересадка волос**

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.

Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей) **ООО «Центра косметологии и пластической хирургии» (далее Клиника)** 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.

2. **Пересадка волос** – это манипуляция (операция), направленная на восстановление волос, утраченных по разным причинам (андрогенетическая или другие), путем перемещения свободных волосяных графтов (трансплантатов, фолликулярных единиц) из зоны достаточного роста (донорская) в зону отсутствия волос (реципиентная). **Планируемый результат** – рост волос в зонах их отсутствия.

Я осознаю, что хороший результат в определенной степени зависит от объема трансплантации волос и количества этапов. Исходя из этого врач не может давать гарантий достижения полного эстетического эффекта.

Я осознаю, что состояние и количество волос до трансплантации является решающим фактором для получения окончательного результата, понимаю, что после трансплантации у меня не будет такого волосяного покрова, какой был до выпадения волос.

Я понимаю, каких результатов мне следует ожидать после трансплантации волос. Мне подробно объяснили возможности данной процедуры и понимаю, что после завершения трансплантации у меня не будет эффекта полного заполнения волосами.

В случае темных волос и светлой кожи, после пересадки возможно не достичь естественного вида.

Мне объяснили, что для достижения наилучшего результата, в будущем еще может потребоваться трансплантация волос.

3. **Альтернативные средства:** ничего не предпринимать, ношение парика, использование медикаментов, выполнение трансплантации искусственных волос или их комбинации.

4. **Абсолютными противопоказаниями к операции являются:**

Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения;

Острые заболевания

Нарушения свертывающей системы крови (тромбоцитопении, коагулопатии и другие)

Злокачественные новообразования; период лечения химиотерапией, лучевая терапия большими дозами (пациент находится на этапе лечения у онколога либо проходил данное лечение в течение года до планируемой даты операции)

Беременность; послеродовой период; лактация

**Относительными противопоказаниями являются:**

состояние после облучения и химиотерапии (если лечение было проведено год и более назад); период менструации; заболевания центральной и/или периферической нервной системы (невралгии, невриты и т.д.); алкоголизм; курение; наркомания; состояние сильного и/или продолжительного стресса; истощение организма (кахексия); анорексия и другие расстройства пищевого поведения; применение иммунодепрессантов, антикоагулянтов, антидепрессантов, цитостатиков, гормонов и иных лекарств, которые могут повлиять на свертываемость крови, состояние иммунитета, обменные процессы; заболевания щитовидной железы в компенсированной форме; заболевания крови и кроветворных органов; инфекционные заболевания; патологии сердечно-сосудистой системы; сахарный диабет в компенсированной форме; ожирение.

Наличие у пациента относительных противопоказаний повышает вероятность возникновения у него рисков и осложнений, недостижения планируемого результата медицинского вмешательства.

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, тромбозов, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

6. **Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и последствия в связи с данным вмешательством:**

- келоидные и гипертрофические рубцы
- плохой рост трансплантированных волос
- постоянные боли в области скальпа
- тотальное выпадение донорских волос
- потеря чувствительности скальпа
- заметные рубцы на донорских участках

- неестественный рост трансплантированных волос
- выпадение трансплантированных волос
- аллергические реакции или иные проблемы, связанные с медикаментами

7. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях периода после вмешательства:

Мне объяснили, что на данном этапе невозможно определить локализацию и степень облысения в будущем (включая его боковую и заднюю части). Поэтому в будущем волосы могут выпасть, что изменит внешний вид той части головы, на которую они были пересажены. Трансплантаты возможно не будут постоянными, они, как правило, более прочнее, хотя есть вероятность их выпадения.

У большинства мужчин волосы начинают выпадать в разных местах головы, но они относительно меньше теряют волос в донорских областях (затылочной и боковой частях). У небольшой части мужчин (менее 10 %) также выпадает большая часть донорских волос, что сильно влияет на конечный результат.

8. 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.

9. Я даю согласие на проведение местной анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, вмешательства и последующего лечения.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: \_\_\_\_\_

10. Я сообщаю врачу обо всех имеющихся у меня заболеваниях: \_\_\_\_\_  
и о применяемых мною медицинских препаратах: \_\_\_\_\_

11. Я сообщаю о своих вредных привычках: \_\_\_\_\_

12. Я понимаю, что во время манипуляции 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.

13. Мне разъяснено, что врач и привлекаемые им **специалисты, используя высококачественную медицинскую технику и эффективные препараты, предпримут все необходимые усилия** 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 недостижения или неполного достижения желаемого результата операции, что может потребовать проведения дополнительных процедур. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, я понимаю, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Я достаточно информирован(а) и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эффекта.

14. Мне разъяснено, что курение, употребление алкоголя (в послеоперационном периоде – до 14 дней с момента операции), применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, **что** не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги. Я понимаю, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей моего организма.

15. Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, **что потребует** от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможной нетрудоспособности.

16. Я понимаю, что в случае обращения после сделанной мне трансплантации волос 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.

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 Клинике.

20. Мне объяснено, **что** 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 Клиники проведение **пересадки волос**

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 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.

30. 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.

31. 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.

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

33. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

34. Я согласен, в случае необходимости, на использование моих фотографии видео и другие материалов до и после трансплантации для научных и коммерческих целей.

35. 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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г.