*БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:**

**маммопластика**

*1. Общие положения*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***Этот раздел бланка заполняется только на недееспособныхграждан:***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Зарегистрированный/ая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (опекун, попечитель)

лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ФИО недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: маммопластика молочных желез/ы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии.

Настоящее согласие дано ООО «Пасифик Интернешнл Хоспитал», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., по адресу: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*в случае участия ассистентов, также подлежат указанию*).

*2. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому вмешательству.*

**Описание технологии.** Маммопластиа - операция, направленная на коррекцию формы, положения, объема молочных желез.

*Подготовка к процедуре.* Необходимо пройти обязательный перечень предоперационных обследований, который включает следующие: флюорография; лабораторные анализы крови и мочи (общий и биохимический, на ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис); установление группы крови и резус-фактора; электрокардиограмма; исследование свертываемости крови; УЗ-исследование молочных желез; осмотр гинеколога, забор мазков на цитологию и флору.

За 2 недели до процедуры прекращается прием препаратов, разжижающих кровь (аспирин и другие), оральных контрацептивов, витамина Е. Примерно за 12 часов до процедуры рекомендуется отказаться от пищи и воды.

**Показания к процедуре - подозрения на наличие отклонений:**

* значительное увеличение молочных желез без изменения локализации и строения;
* птоз после грудного вскармливания, похудения, в результате возрастных изменений;
* значительное уменьшение молочных желез в результате дистрофических процессов уплотнения органов после лактации;
* гинекомастия у мужчин;
* асимметрия желез после мастэктомии (при раке груди);
* эстетическая необходимость (устранение косметических несовершенств, получение желаемых форм и размера груди).

**Методы медицинской процедуры:** хирургический.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата:** достаточно одной процедуры.

**Предполагаемый результат:** устранение косметических и эстетических дефектов.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: аналогичные не предусмотрены.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга в ООО «Пасифик Интернешнл Хоспитал» будет оказана на платной основе.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства** являются нижеперечисленные состояния пациента, и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:

* хронические заболевания (обострение);
* возраст до 18 лет;
* психические расстройства;
* онкология;
* период лактации;
* острые инфекции;
* ВИЧ, Гепатит В, С;
* диабет;
* варикоз;
* ожирение;
* ревматизм;
* волчанка.

Полный перечень противопоказаний зависит от выбранной врачом методики проведения вмешательства.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

*3. Общие и специализированные риски.*

Мне в доступной форме разъяснено, и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от индивидуальной реакции организма.

После процедуры возможны следующие побочные реакции:

* нагноение в области вставок;
* образование серозной жидкости в области вставок;
* инфекция;
* сбои в работе молочных желез;
* нарушение функционирования молочной железы;
* разрыв вставки и протекание геля в полость груди;
* изменение текстуры тканей (рубцевание).

Из недостатков операции по уменьшению груди можно отметить вероятность снижения чувствительности сосков и иногда небольших участков молочных желёз. Помимо этого, вследствие удаления избыточных участков железы и протоков иногда отмечается невозможность вскармливания ребёнка грудью.

Как правило, эти симптомы проходят самостоятельно. Вероятность серьезных осложнений стремится к нулю. Низкие риски обеспечиваются профессионализмом сотрудников и соблюдением правил асептики и антисептики.

В случае проявление осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

*4. Медицинские ограничения и рекомендации.*

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений.

Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее.

Продолжительность восстановительного периода зависит от вида маммопластики и индивидуальных особенностей организма. Реабилитация после мастопексии длится около 2 месяцев, после имплантации или редукционной операции – до полугода. Окончательный результат проведенной коррекции можно оценить через 6-12 месяцев.

Первые сутки после операции пациентка проводит в стационаре под контролем анестезиолога и медицинского персонала. При нормальном течении восстановления через день хирург выписывает женщину для домашней реабилитации, предоставляя подробные устные и письменные рекомендации. В первую неделю стоит исключить любые физические нагрузки, при необходимости принимать обезболивающие и антибактериальные препараты. Еще в операционной на пациентку надевают компрессионное белье, подобранное по размеру, для предупреждения деформации. Бандаж необходимо носить в течение месяца постоянно, снимая только во время гигиенических процедур.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

*5. Заключительные положения.*

 Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина, контактный телефон)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)*

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я **разрешаю /не разрешаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(нужное указать)*врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

 Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись) (Ф. И. О. гражданина)*

Вышеуказанный Пациент ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(должность, ФИО врача)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись Врача) (дата)*