

Информированное добровольное согласие пациента на локальное введение аутологичной плазмы с тромбоцитарной взвесью

г. Москва

«___» _____ 202_ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. Пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован врачом о состоянии моего здоровья и
предварительном диагнозе _____

В связи с этим мне рекомендовано локальное введение аутологичной плазмы с тромбоцитарной
взвесью в зону, подлежащую лечению:

(указать зону)

Врачом в доступной для меня форме мне разъяснены:

Цели оказания медицинской помощи: ускорение полноценного восстановления тканей организма, уменьшение местного воспаления. Мне разъяснено, что локальное введение аутологичной плазмы с тромбоцитарной взвесью представляет собой процедуру забора крови из вены, которая связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

Мне разъяснено, что локальное введение аутологичной плазмы с тромбоцитарной взвесью проводится под местной анестезией.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне может быть рекомендовано пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Связанный с методами риск:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции;
- воспаление\нагноение мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования;
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции;
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

Возможные осложнения: после проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение боли, отека, ограничения подвижности в зоне введения, обострение герпетической инфекции.

Экземпляр Информированного добровольного согласия мной получен.

Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в клинику ООО «МЕДИЦИНА» (коммерческое название «Клиника Доктор Проф») для

дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я поставил(а) в известность врача обо всех моих проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом частной медицинской организации ООО «МЕДИЦИНА» (коммерческое название «Клиника Доктор Проф»).

Беседу провел врач

(подпись, Ф.И.О.)

Пациент с полученной информацией и рекомендациями до/после процедуры ознакомлен, согласен. Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(подпись, Ф.И.О.)

«__» _____ 202_г.