

ООО «ООО «ЦитоЛор»

строго руководствуется:

- Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,
- Законом о защите прав потребителей,
- Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах

*«...Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного информированного согласия пациента.»*

## Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства :

### Хирургическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить сертифицированный врач-оториноларинголог

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения или изменения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: \_\_\_\_\_

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; развитие тяжёлых воспалительных осложнений (кровотечение, абсцесс, флегмона, сепсис); нарушения общего состояния организма.

2.7. Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции; реакции со стороны сердечно-сосудистой системы и вегето-дистонические нарушения.
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

- в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) мягких тканей; кровотечение; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию мягких тканей в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); отсутствие эффекта от лечения или ухудшение состояния, что потребует проведения дополнительной операции, курса лечения;
  - после лечения – аутоинфекция, требующая дополнительного лечения; отёк; гематома; дискомфорт в месте операции.
- 

**3. Мне сообщено и понятно о правильном поведении до и после проведения лечения и указали на возможные ожидаемые физические осложнения после этого.**

**4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**5. Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

**6. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.***

**7. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: рентгенография, ОАК, биохимические исследования крови, КТ и другие.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

В случае необходимости я разрешаю (не разрешаю) использовать мою медицинскую документацию в письменном и электронном виде для проведения экспертизы качества оказанной мне медицинской помощи сотрудникам клиники и независимым экспертам.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Проинформировал врач / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Ф.И.О. врача)