**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОЦЕДУРУ СТИМУЛЯЦИИ РЕГЕНЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ПЛАЗМЫ,ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ (PRP-терапия)**

Вы, как клиент ООО «Вертеброцентр», имеете право получить информацию о Вашем состоянии здоровья и процедуре PRP- терапии с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на оказание медицинской услуги.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - стимуляция регенеративного восстановления костной и соединительной ткани путем введения плазмы, обогащенной тромбоцитами (prp-терапия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ООО «Вертеброцентр» мне в полной мере и в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что использование PRP-терапии направлено для лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Цели оказания медицинской помощи**: стимуляция регенеративного восстановления костной и соединительной ткани  |
| **Методы оказания медицинской помощи**: инъекционное введение богатой тромбоцитами плазмы, полученной из крови самого пациента, в зону подлежащую лечению, а именно в костную и соединительную ткань.Тромбоциты – это клетки крови, участвующие в процессе ее свертывания. Тромбоциты содержат в себе большое количество факторов роста, играющих ключевую роль в процессе регенерации тканей, активирующих рост клеток и их обновление. При введении обогащенной тромбоцитами плазмы в большой концентрации в поврежденные или атрофированные ткани запускаются процессы заживления и регенерации. |

 |

**Я проинформирован (-на) о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:**

**-**беременность и лактация;

- злокачественные новообразования ;

- острые воспалительные заболевания;

- системные заболевания крови (гемофилия, тромбоцитопения (менее 100 тыс\мл),

- анемия -гемоглобин менее 100 г/л,

- непереносимость гепарина;

- психические заболевания.

**Вероятные последствия/осложнения:**

-аллергических реакций (от легких форма до анафилактического шока);

-отек;

- болевой синдром;

-развитие воспалительных заболеваний;

-гематомы в месте введения (после микроинъекций);

- покраснение в области инъекции.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, об отсутствии (или о наличии): аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов; носительства ВИЧ-инфекции; вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем; воздействий на организм вредных факторов внешней среды (излучений, химических воздействий и др). Сообщил(а) обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях; о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении (неупотреблении) алкоголя, наркотических и токсических средств.

|  |
| --- |
| **Результаты оказания медицинской помощи**: Улучшение самочувствия пациента с достижением реабилитационного или лечебного воздействия вмешательства. |
| Я получил (а) подробные объяснения об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений. Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения) |

Я внимательно прочитал(а) информированное добровольное согласие, понял(а) его содержание и терминологию, у меня была возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы в удовлетворяющей меня форме. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 моего здоровья

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

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись медицинского работника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/