****

**Общество с ограниченной ответственностью «ЛораВита»**

454031, г. Челябинск, ул. 50летия ВЛКСМ, 14/А

Тел: (351) 751-22-80, (351) 750-75-99

e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru) сайт: www.loravita.ru

**Приложение № 1**

**к договору № от**

**Добровольное информированное согласие пациента**

**на проведение медицинского вмешательства по пластике век**

Я, дата рождения ,зарегистрирован(-а) по адресу: в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства хирургического характера по пластике век (далее – «Медицинское вмешательство»).

Настоящее согласие дано ООО "ЛораВита", имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-74-01-005155 от «31» июля 2019 года по адресу 454038, г. Челябинск, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 14/А.

На проведение медицинского вмешательства я уполномочиваю врача - пластического хирурга (далее Врача) и его ассистентов.

Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также перспективы применения альтернативных методов лечения, полностью разъяснены мне Врачом, и я их полностью понял(-а).

Я сознательно доверяю врачу-специалисту избрать метод хирургического вмешательства в соответствии с его профессиональным суждением.

Я утверждаю, что ни врачом-хирургом, ни другими сотрудниками Центра мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода операции. Я предупрежден(а) в доступной форме о потенциальной опасности для здоровья (во время и после) хирургического вмешательства в случае неполного и/или неверного информирования о состоянии здоровья, в случае нарушения мной рекомендаций и указаний по поведению до и после операции, данных медицинским работником перед оперативным вмешательством.

Я понимаю, что в ходе выполнения мне операции может возникнуть необходимость (аллергический шок или реакция, кровотечение, судороги, потеря сознания, хирургическая травма) другого медицинского вмешательства, не указанного выше. В связи с этим, я даю свое добровольное информированное согласие врачу и его ассистентам на принятие соответствующих решений и выполнение любых медицинских действий, которые врач сочтет необходимыми для улучшения состояния здоровья. Даю своё согласие на привлечение для хирургического вмешательства и других специалистов, если врач-хирург сочтет это необходимым.

Я предупрежден(а), и согласен(а) с тем, что эффективность операции, прежде всего зависит от исходного состояния здоровья, образа жизни, биологических особенностей организма, а также точности и правильности выполнения мною (представляемым), предписаний и рекомендаций врача.

Я осознаю, что не должен(а) в период лечения и реабилитации употреблять другие медикаменты, любые биологические или пищевые добавки, не согласованные с лечащим врачом, употреблять табак, алкоголь, наркотические, снотворные и другие сильнодействующие препараты, а также воздерживаться от половых контактов до контрольного осмотра врача.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я понимаю, что несоблюдение мною (представляемому) хотя бы одного из перечисленных ограничений и образ жизни, не совпадающий с концепцией моего лечения, влияют на точность диагностики и снижают эффективность операции, повышают риск осложнений.

Я согласен(а)с тем, что средства, затраченные мной на оплату информационно-консультационных услуг врача, возврату не подлежат, независимо от моей удовлетворенности планом и результатами операции.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию и имел(а) возможность задать врачу все интересующие или неясные мне вопросы, касающиеся данной медицинской услуги. На все, заданные вопросы, я в доступной форме получил(а) удовлетворившие ответы.

Я разрешаю моему (представляемого) врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом.

Я поставил(а) в известность лечащего врача о состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе о перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, об аллергических проявлениях и(или) индивидуальной непереносимости (повышенной чувствительности) лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов и пр.; обо всех перенесенных травмах, операциях, анестезиологических пособиях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**Методы проведения. Возможные риски. Послеоперационные медицинские рекомендации.**

Мне разъяснены возможные варианты и доступные методы проведения Медицинского вмешательства.

Я уведомлена и соглашаюсь с тем, что результат операции по пластике век заметен не сразу, первичный эффект от операции заметен через 2-3 недели, формируется только спустя несколько месяцев. Окончательный косметический эффект после проведённой операции можно оценить через **1 (один) год.**

*Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:*

1. Разрезы кожи выполняются на верхнем веке вдоль естественной складки, на нижнем – под ресницами или на конъюнктиве. Длина разрезов зависит от состояния век. После заживления ран через несколько месяцев образуются тонкие мало заметные рубцы, которые, однако, можно обнаружить при ближайшем рассмотрении.

2. Болевые ощущения во время блефаропластики могут возникать только от укола и ведения лекарства. После операции боль, как правило, не выражена.

3. После операции развивается отёки в области век, сопровождающиеся сужением глазной щели и изменением цвета кожи век. Указанные явления не являются осложнением и могут сохраняться, в редких случаях, до нескольких недель.

После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

• Конъюнктивит и слёзотечение

• В единичных случаях – укорочение нижнего века, его выворот, что может потребовать дополнительного оперативного вмешательства

• В литературе описаны случаи ретробульбарных гематом, что может потребовать дополнительного экстренного хирургического вмешательства.

Мне разъяснено, что в течение года после операции может возникнуть необходимость повторного оперативного вмешательства, направленного на установление и коррекцию причины, приведшей к не достижению планируемого результата и не связанной с недостатками первичной операции. В этом случае повторное оперативное вмешательство является самостоятельной медицинской услугой и оплачивается пациентом отдельно.

Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и что даже опытный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

Мне не известно о моей повышенной чувствительности лекарственным средствам, кроме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я обязуюсь выполнять следующие рекомендации Врача, для достижения лучшего результата:

• Регулярная локальная гипотермия (холод) в течение первых двух суток после операции.

• При необходимости – дополнительное применение лекарственных средств, рекомендованных Врачом.

• Пассивная и активная миогимнастика в объёме, рекомендованном Врачом в послеоперационном периоде.

Я предупрежден(-а), что дополнительное применение лимфодренажного массажа и других процедур, рекомендованных косметологом, ускорит послеоперационную реабилитацию.

К противопоказаниям для проведения операции по пластике век относятся воспалительные заболевания кожи век и придатков глаза, а также острые и хронические декомпенсированные сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, болезни крови, бронхиальная астма, системные заболевания (ревматизм, красная волчанка и др.)

\*Пункт только для женщин. Я предупреждена о том, что медицинское вмешательство запрещено проводить беременным женщинам и не желательно проводить женщинам при менструации.

**Дополнительная информация:**

1. Возможные ОБЩИЕ осложнения во время операции и в раннем послеоперационном периоде -

со стороны послеоперационной раны: кровотечение, воспалительный инфильтрат, нагноение, формирование лигатурных свищей, гематома, серома, расхождение краев раны, некроз; со стороны грудной полости: ранение внутренних органов, магистральных сосудов , кровотечение, инфильтраты и абсцессы; обострение хронических и возникновение острых заболеваний органов дыхания: трахеобронхит, пневмония, плеврит, ателектаз легкого, шоковое легкое; обострение хронических и возникновение острых заболеваний органов мочевыводящей системы: уретрит, цистит, пиелонефрит, острая задержка мочи при аденоме парауретральных желез; со стороны сердечно-сосудистой системы: тромбофлебиты, флеботромбозы, тромбоэмболия легочной артерии; послеоперационные критические состояния: внезапная остановка сердца, острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, отек легких, геморрагический шок, анафилактический шок (реакции), аспирационный синдром, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность, смерть; ятрогенные повреждения магистральных сосудов и полых органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Я уполномочиваю Врача выполнить любую необходимую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в связи с проведённой операцией, в случае развития побочных реакций и осложнений в ходе операции или в послеоперационном периоде, а также при возникновении иных непредвиденных ситуаций.

2. Иные дополнения (вписываются по согласованию сторон):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациентка предупреждена о сохранении асимметрии после операции по уровню бровей, строению орбиты, предупреждена о том, что шовчик будет выходить за пределы естественной складки верхнего века (при проведении верхней блефаропластики) . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я удостоверяю, что ознакомилась(-ся) с приведённой выше информацией, объём которой меня полностью удовлетворяет, я понимаю назначение данного документа и подтверждаю своё согласие на медицинское вмешательство.

**Подпись пациента:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

**Подпись врача:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

Дата: