**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 сайт: www.loravita.ru

**Приложение № 1**

**к договору № от**

**Добровольное информированное согласие пациента на проведение липофилинга**

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 коррекции фигуры путем пересадки собственной жировой ткани (липофилингу) (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 уведомлен(-а) и соглашаюсь с тем, что оценка результата осуществляется не раньше чем через 6 месяцев после проведения операции. Окончательный косметический эффект после проведённой операции можно оценить **через 1 (один) год**.

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

1. Для увеличения проекции зон липофилинга используется собственная жировая клетчатка, забранная путем щадящей шприцевой липосакции тонкими канюлями диаметром 2 мм с минимальным разряжением. Зоны забора жировой клетчатки выбираются и обсуждаются индивидуально.
2. Количество приживающей жировой клетчатки индивидуально и заранее не гарантировано. Могут потребоваться повторные процедуры.

3) После любой операции возможны неприятные, и даже болевые ощущения, которые усиливаются при движении и физических нагрузках.

4) В зоне операции и в зонах забора жировой клетчатки могут образоваться уплотнении, которые постепенно уменьшаются и исчезают в течение нескольких месяцев.

5) В результате образования каналов в жировой клетчатке скапливаются кровь и тканевая жидкость, которые постепенно рассасываются. Возникают кровоподтеки, которые исчезают в течение 2-4 недель.

6) Существует вероятность того, что в результате операции контуры тела и поверхность кожи могут стать неровными. Эти изменения могут устраниться в течение нескольких месяцев, а иногда остаются навсегда и могут потребовать дополнительной операции (липопластика), липофилинг повторный.

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.

После операции возможно развитие общехирургических осложнений (см.ниже дополнительную информацию), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

а) в редких случаях возможно развитие распространенного воспаления в месте введения жировой клетчатки, для лечения которого может потребоваться дополнительное нанесение разрезов кожи в операционной области. В литературе описаны случаи развития инфекции со смертельным исходом.

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;

 После липофилинга обязательно постоянное ношение эластического компрессионного белья на области забора жировой клетчатки в течение 36 недель, по согласованию с Врачом.

 В эти же сроки ограничение физической активности.

 Ограничение режима с профилактикой возможных травм вследствие ударов, сдавления и прочего.

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

\*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, о возможных участках уплотнений в местах введения жировой ткани, об образовании кист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Я проинформирован(-а) медицинским работником о необходимости оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» в плановой форме в стационарных условиях в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией C0VID-19.*

*О рисках получения медицинской помощи с учётом сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки проинформирован врачом. На получение медицинской помощи в предложенном объёме согласен.*

**Подпись пациента:**

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

**Подпись врача:**

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

 Дата:

**Схематичные разъяснения**

Дата:

 по предстоящей операции (зоны липосакции, разрезов, рубцов, проколов и др.)



Примечания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Информирован (Пациент):

*Подпись пациента*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач: ФИО**

*Подпись врача \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_