



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмой

г. Москва

« ____ » _____ 20 __ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах
пациента действует его представитель*

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

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован(а) врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____.

В связи с этим мне рекомендовано проведение процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы в зону, подлежащую лечению: _____.

Данный метод имеет разрешение Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2010 /380 от 26.10.2010 г.

Врачом в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** ускорение полноценного восстановления тканей организма. Мне разъяснено, что введение богатой тромбоцитами плазмы, содержит процедуру забора крови из вены, которая связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

Мне разъяснено, введение богатой тромбоцитами плазмы 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 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 герпетической инфекции.

Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в клинику Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» 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 Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись)