

Медицинское частное учреждение  
**«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»**  
 (ОГРН 1117799014585, ИНН 7715490412, 127018, гор. Москва 2-й Вышеславцев пер, д. 5А, офис 610)



МЧУ «Медицинский центр «РАМБАМ»  
 127018, Москва, ул. Образцова, д.11, стр.2  
 Тел.: (495) 663-23-55  
 e-mail: info@rimc-rambam.ru  
 www.rimc-rambam.ru

**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 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)