

	Общество с ограниченной ответственностью «СИЛАЙФ» 353465, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Туристическая, д. 6, корп. 11
	Информированное согласие на проведение процедуры введения богатой тромбоцитами аутоплазмы

г. Геленджик

«__» _____ 20__ г.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный/ная по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующий вид медицинского вмешательства: проведение процедуры введения богатой тромбоцитами аутоплазмы в целях получения медицинской помощи, получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в амбулаторно-поликлиническом отделении ООО «СИЛАЙФ».

Медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** уменьшение болевого синдрома, уменьшение явлений воспалительной реакции, предотвращение разрушения хрящевой ткани, стимуляция выработки синовиальной жидкости, регенерация и ремодуляция суставного хряща, менисков, связок и сухожилий при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

- **методы оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы представляет собой терапевтический метод, заключающийся во внутрисуставном введении, либо введении в другую область конечности, туловища, головы собственной плазмы. Плазма, являющаяся жидкой частью крови, содержит в себе ряд витаминов, белков, ферментов, гормонов и других биологически активных веществ и факторы роста, активирующих рост клеток, их обновление. В результате такого воздействия ускоряется заживление ран, имеющийся воспалительный процесс устраняется.

Мне разъяснено, что в основе метода лежит использование собственной крови пациента, из которой при помощи специальной методики извлекаются тромбоциты (образуется тромбоцитарная взвесь) и смешивается с небольшим объемом аутоплазмы. Далее полученную взвесь вводят в полость поражённого сустава, мышцу, или другую ткань.

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы осуществляется в специально оборудованном процедурном кабинете. При необходимости перед началом процедуры проводится анестезия. После приготовления плазмы, насыщенной тромбоцитами, необходимое ее количество вводится при помощи шприца в проблемные зоны.

- **связанные с методами риски:**

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре введения богатой тромбоцитами аутоплазмы являются: нарушения функций тромбоцитов, нарушения в системе свертываемости крови, острые инфекционные заболевания, сепсис, хронические заболевания печени, высокий уровень тромбоцитов или фибриногена, неустойчивая гемодинамика.

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы является относительно безопасной процедурой. Риск инфицирования минимален, поскольку используется собственная кровь пациента. В зависимости от целей терапии требуется от 20 до 50 мл крови, такая потеря крови является незначительной, не влияет на функционирование организма и не требует восстановительного периода.

Мне разъяснено, что при проведении процедуры введения богатой тромбоцитами аутоплазмы возможно возникновение нежелательных реакций и осложнений: отечность и покраснение кожи, небольшие гематомы в местах введения препарата, образование яркой окраски кожи (гиперемия), появление угревых высыпаний на коже, развитие пигментации кожи, обострение хронических заболеваний, аутоенсибилизация.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы осуществляется под визуальным контролем. Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы осуществляется без применения анестезии, либо с применением местного обезболивания *(нужное подчеркнуть)*.

Мне разъяснено, что процедура введения богатой тромбоцитами аутоплазмы осуществляется в следующих вариантах: введение в область плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного суставов; суставов шейного отдела позвоночника; в область мягких тканей волосистой части головы; мышц шеи; в область мягких тканей верхней конечности, нижней конечности, грудной клетки, брюшной полости, туловища, другой локализации _____ *(нужное подчеркнуть)*.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом процедуры введения богатой тромбоцитами аутоплазмы является снижение спазма мышц, купирование болевого синдрома, ускорение процесса восстановления тканей опорно-двигательного аппарата, уменьшение периода реабилитации после оперативных вмешательств, протезирования, травм, увеличение амплитуды движений в суставе, улучшение качества жизни пациента.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее, и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, не имею аллергии на лекарственные препараты, используемые во время проведения процедуры, у меня отсутствуют вышеперечисленные противопоказания к применению данной лечебной процедуры.

В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я несу ответственность за последствия применения данной процедуры.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

(ФИО выбранного лица)

Пациент _____ / _____

Медицинский работник _____ / _____