

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации ТАП (тромбоцитарной аутологичной плазмой)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

возраст _____, тел. _____, доверяю проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой врачу _____

Стимуляция ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой согласно «Номенклатуре медицинских услуг» является медицинской услугой, поскольку представляет собой совокупность простых медицинских услуг. Данная процедура предназначена для ускоренного полноценного восстановления тканей организма путем введения ТАП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению -

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой, может быть аппликационной и инфильтрационной. Я проинформирован (а) об основах преимущества и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутологичной плазмой и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течение нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоимунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. Винам случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/приложить общий анализ крови.

Прилагаю _____ Не прилагаю _____

Подпись пациента: _____ / _____ / Дата «__» _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /