# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

# НА МАНИПУЛЯЦИЮ ПОЛУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО СГУСТКА

**в ООО Стоматологический салон «Консул»**

*Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006*  [*"Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"*](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/)*; ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”*

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве и не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ее ненадлежащее оказание.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», получив разъяснения по поводу предстоящей манипуляции, даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены, получения и применения тромбоцитарного сгустка в ООО Стоматологический салон «Консул»

Решение вопроса о методе и объеме манипуляции по забору крови и получению тромбоцитарного сгустка доверяю медицинскому персоналу клиники.

Мне пояснили, что для получения тромбоцитарного сгустка у меня возьмут от18 до 54 миллилитров крови из вены в специальные пробирки, которые затем подвергнут центрифугированию для отделения тромбоцитарной массы. После центрифугирования один или несколько тромбоцитарных сгустков будут помещены непосредственно в процессе хирургического вмешательства в раневую поверхность – лунку удаленного зуба, место костной или мягкотканной пластики, гайморовы пазухи при синус-лифтинге и другие места в полости рта, где проводятся хирургические вмешательства в соответствии с планом лечения.

Я согласен(а) с тем, что количество процедур центрифугирования крови и количество забранной крови будет определяться в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, а также целевым назначением манипуляции, местом применения сгустка.

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Место для взятия крови из вены выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти.

Во время манипуляции взятия крови из вены могут возникнуть непредвиденные ситуации и осложнения, требующие медицинской помощи, а также обстоятельства, препятствующие выполнению данной манипуляции или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В связи с этим уполномочиваю медицинский персонал клиники выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций и осложнений.

Тромбоцитарный сгуток применяется в хирургической стоматологи для улучшения заживления ран и лунки зуба после удаления, более быстрого роста сосудов при костной и мягкотканной пластике, синус-лифтингах и иных реконструктивных операциях в полости рта, в том числе при установке дентальных имплантатов.

Я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции взятия крови из вены: отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль.

Я также осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции применения тромбоцитарного сгустка – нагноение, отек, боль, рассасывание или выпадение сгустка, кровотечение, расхождение швов, вторичное инфицирование. Также я уведомлен, что после центрифугирования крови нужный врачу сгусток может не получиться, что потребует либо взятия новой порции крови из вены, либо пересмотра плана лечения без применения тромбоцитарного сгустка.

Получение и применение тромбоцитарного сгустка является отдельной медицинской манипуляцией и подлежит оплате по прайсу на момент оказания услуги.

Мне известно, что после применения тромбоцитарного сгустка врачом часто назначается медикаментозное лечение с применением антибиотиков и других препаратов, которые снижают риск осложнений хирургического лечения и вторичного инфицирования. Нарушение назначенной врачом медикаментозной терапии может негативно сказаться на медицинском прогнозе манипуляции по применению тромбоцитарного сгустка и отрицательно повлиять на весь план лечения стоматологических заболеваний.

Я согласен(а), что манипуляция взятия крови из вены и хирургические манипуляции в полости рта болезненны и могут выполняться в том числе и с применением местной анестезии, я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию в специализированное лечебное учреждение.

Я предупрежден(а) о режиме после взятия крови из вены и рекомендациях: не удалять лечебную повязку ранее чем через 20 минут после процедуры, держать руку согнутой в локтевом суставе не менее 10 минут после процедуры, при появлении отека, боли, увеличивающейся гематомы, кровотечения не греть, не смазывать, не заниматься самолечением и незамедлительно обратиться к врачу.

Я уведомлен(а) о возможных последствиях и полной утрате гарантийных обязательств при нарушении режима лечения, предписанного врачом.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента, родителя или закон.представителя) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(подпись врача) (расшифровка подписи) (дата)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты