

**Информированное добровольное согласие
на проведение фармакопунктуры в ООО «ШИ-КОН»**

Я, _____
(ФИО пациента или его законного представителя)

на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) фармакопунктуры.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что результат медицинского вмешательства зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами вмешательств, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем случае.

Фармакопунктура – это комплексный способ лечебного воздействия на организм путем инъекций лекарственных препаратов в биологически активные точки тела человека. **Цель процедуры:** облегчение болевого синдрома, в том числе, головных болей; уменьшение воспаления в тканях, мышцах; активизация иммунных сил организма; лечение заболеваний ЖКТ; лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата, и др.

Лекарственные вещества в микродозах через лимфатическую систему доставляются в поражённую область. Таким образом фармакопунктура позволяет существенно снизить медикаментозную нагрузку на организм.

Противопоказания к применению фармакопунктуры: злокачественные или доброкачественные новообразования; болезни крови с геморрагическим синдромом, острый период воспалительных заболеваний; гнойно-септические заболевания кожи; состояние острого психического возбуждения; выраженные расстройства вегетативной системы, в некоторых случаях беременность и лактация.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я подтверждаю, что перечисленными заболеваниями не страдаю (представляемое лицо не страдает), и в перечисленных состояниях на момент проведения процедуры не пребываю (-ет).

Альтернативные варианты лечения: иглорефлексотерапия.

Методика проведения. Технически манипуляции выполняются подкожно при помощи шприца со специальными тонкими иглами. Процедура длится не более 15 минут. За это время врач прорабатывает 4-5 точек, которые связаны с больным органом. Тип вводимого лекарства, а также количество сеансов подбирается врачом.

Врач пояснил мне, что инъекции будут осуществляться препаратом:

_____ (указать наименование лекарственного препарата)

Я ознакомлен(а) с фармакологическим действием данного препарата, его возможными побочными действиями и противопоказаниями к применению. Я подтверждаю, что у меня (представляемого лица) отсутствуют аллергические реакции на указанный препарат (его активные вещества).

Врач пояснил мне, что для достижения желаемого эффекта мне предстоит пройти курс из _____ процедур.

Предполагаемыми результатами процедуры являются (возможно при соблюдении курса процедур и рекомендаций врача):

_____ (например, купирование болевого синдрома, и т.д.)

Возможные осложнения. Большинство пациентов не испытывают дискомфорта во время фармакопунктуры. У людей с повышенной чувствительностью может развиваться незначительное недомогание, слабость, озноб, отечность и покраснение в месте постановки инъекций. Осложнения проходят сами по себе через 1-2 дня и не требуют дополнительного лечения или отмены процедур. В некоторых случаях процедура может спровоцировать образование гематом, обострение хронической патологии. Также возможны аллергические реакции на лекарственные препараты, вплоть до анафилактического шока.

Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний после процедуры не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку в организме человека все процессы протекают индивидуально. При ухудшении состояния здоровья (дискомфорте) после проведения процедуры, я обязуюсь сообщить об этом своему врачу.

