

**Информированное добровольное согласие
на проведение гирудотерапии 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) гирудотерапии.

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.

Гирудотерапия — лечебно-профилактический метод, основанный на приложении живой медицинской пиявки. Я уведомлен(а), что с лечебной целью применяется искусственно выращенная пиявка строго однократно.

Целью процедуры является: ликвидация венозного застоя, усиление кровоснабжения, улучшение микроциркуляции крови, снижение вероятности тромбозов, противовоспалительное действие, что может применяться в урологии, гинекологии, неврологии, эндокринологии, дерматовенерологии, кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, офтальмологии, ревматологии, хирургии, проктологии.

Мне разъяснили, что **противопоказаниями к проведению гирудотерапии являются:** аллергические реакции на пиявки; гемофилия; тяжёлая степень анемии; геморрагические диатезы (состояния повышенной кровоточивости); беременность; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.

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

До процедуры гирудотерапии я был(а) предупрежден(а) о том, что перед процедурой запрещено:

- Употреблять алкогольные напитки за два дня до гирудотерапии;
- Курить в день сеанса;
- Мыться ароматическими средствами, в том числе, не использовать духи в день сеанса;
- Употреблять пищу за два часа до процедуры.

Я подтверждаю, что мне известно о данных правилах, и они мной соблюдены.

Методика проведения.

- Пиявка кусает в определённую рефлексогенную точку. Как правило, они находятся либо непосредственно в области больного органа, либо в точке акупунктуры, связанной с больным органом.

- Ощущение при укусе пиявки напоминает ожог крапивы и длится недолго - пиявка обезболивает место укуса особым компонентом своей слюны.

- За один раз пиявка высасывает от 5 до 10 мл крови.

- По времени сеанс гирудотерапии может длиться от 30 минут до 1 часа. После насыщения пиявка, как правило, отваливается сама.

- Количество пиявок за один сеанс может варьироваться от 1-2 до 10.

Врач объяснил мне, что процедуры гирудотерапии сопровождаются дозированной кровопотерей, объем которой зависит от исходного состояния здоровья, состояния системы свертывания крови, количества приставленных пиявок во время процедуры, выполнения мною предписанного врачом режима на время проведения курса лечения.

В местах укуса остается рана, поэтому после процедуры накладывается стерильная повязка.

Процедуры назначаются курсами. 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):

Возможные осложнения. Большинство пациентов не испытывают дискомфорта во время процедуры.

Медицинский работник пояснил мне, что **в качестве побочных эффектов отмечается** локальное покраснение кожи, отечность и зуд, которые могут не проходить в течение 2–3 суток; на местах с рыхлой подкожной жировой клетчаткой может возникнуть медленно спадающий отек или обширная гематома; возможны увеличение и болезненность местных и отдаленных лимфатических узлов, что проходит в течение 7-10 суток; также могут наблюдаться аллергические реакции на биологические вещества пиявок.

При ухудшении состояния здоровья (дискомфорт) после проведения процедуры, я обязуюсь сообщить об этом своему врачу.

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.

Кроме того, мне известно, что во время процедуры возможно появление непредвиденных обстоятельств (индивидуальная непереносимость, развитие состояния, предполагающего корректировку лечения и другие причины), которые в момент оформления данного согласия невозможно.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что медицинский работник:

– Проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения.

– Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы, и получить исчерпывающую информацию.

– Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что врач не сможет абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто не гарантировал мне этого на 100%.

Я обязуюсь соблюдать рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения может неблагоприятно сказаться на моем здоровье (здоровье представляемого лица), что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу и на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) гирудотерапии.

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

(подпись медицинского работника)

(ФИО медицинского работника)

Я ознакомлен(а) с вышеуказанной информацией и даю согласие на курс процедур.

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)

«__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(ФИО пациента / его законного представителя)