

**Информированное добровольное согласие
на проведение вакуум-терапии 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) вакуум-терапии.

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.

Вакуум-терапия (вакуумный массаж) – это один из методов терапии с помощью локального использования воздуха, давление которого меньше атмосферного (банки). Массаж направлен на интенсивное прогревание и восстановление всех частей тела, с помощью разреженной среды, которую создаёт вакуумное пространство. Часто такой вид лечения совмещают с иглоукалыванием.

Цель процедуры: увеличение притока лимфы, улучшение обмена веществ, микроциркуляции и др.

Противопоказания к проведению вакуум-терапии: онкологические заболевания, острые патологии инфекционного характера, заболевания крови, сахарный диабет, гнойно-септические заболевания кожи; менструальное кровотечение, 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: лечебный массаж.

Методика проведения. *Баночный динамичный массаж:* банками скользят по телу, оказывая воздействие на нужный участок тела. Движения могут выполняться по кругу, прямым или зигзагообразным линиям. *Баночный локальный массаж:* банки прикрепляют в определенных зонах и до конца процедуры не перемещают. *Вакуумно-роликовый массаж:* проводится при помощи оборудования, имеющего специальные насадки с роликами. Насадки выполняют роль насоса — втягивают кожу, ролики ее дополнительно прорабатывают.

Разряженный воздух, который появляется при вакуум-терапии, ускоряет метаболизм, улучшает циркуляцию крови, обогащает ткани кислородом. За счет этого возвращается утраченная чувствительность, нормализуется подвижность суставов и позвоночника, ослабевают скованность конечностей и спинных мышц.

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, снятие отеков, облегчение боли, увеличение притока лимфы, и т.д.)

Возможные осложнения. Большинство пациентов не испытывают дискомфорта во время процедуры. Воздействие вакуумных банок сначала приводит к покраснению кожи, а затем образуются мелкоточечные кровоизлияния, которые рассасываются через несколько дней.

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.

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.

