

# ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ВЕЛНЕС БЬЮТИ СТУДИО» (ООО «ВБС»)

Юридический\фактический адрес: 119296, г. Москва, Ленинский проспект, дом 67, корпус 2

тел. (499) 667-51-11 bp6675000@gmail.com www.beautypractice.ru

ИНН 7736680566 КПП 773601001 ОГРН 1147746987200

Лицензия на медицинскую деятельность ЛО № 41-01137-77/00308282 от 12.09.2016 года

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ

### СОГЛАСИЕ

на анестезиологическое пособие

(местное обезболивание)

Составлено и предлагается пациенту  
в соответствии со статьей  
20 Федерального закона  
от 21.11.2011 №323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента, либо его законного представителя, дата рождения)

Даю информированное добровольное согласие на проведение мне всех необходимых мероприятий и манипуляций, способствующих достижению наиболее безболезненного прохождения процедур, связанных с лечением моего дерматологического заболевания/инъекционным введением препаратов гиалуроновой кислоты ( гидроксипатита кальция, полимолочной кислоты и прошу персонал медицинской организации ООО «Велнес Бьюти Студио» (далее по тексту – «Центр») о ее проведении  
Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество врача – полностью)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области медицинского вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества или нанесение наружного средства в виде крема. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок кожи, различаются следующие виды местной анестезии: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая (без центрального воздействия). Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности.

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма.

Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов.

Альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии.

Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален.

**Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии,** включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения/понижения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта), повышенная кровоточивость после процедуры и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма.

- Я осознаю, что перечисленные, а также неупомянутые выше возможные осложнения и побочные явления, могут повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных временных и иных затрат.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан(а) немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия как во время проведения процедуры, так и после нее (в том числе при возникновении волдырей, мелких кровоизлияний, выделения жидкости (мокнущая), кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений), а также согласовывать с врачом прием любых, непрописанных лекарственных препаратов, мазей и т.д.

- Я проинформирован(-а) врачом о назначаемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

- Я понимаю, что процедура/курс процедур не гарантирует получения 100% желаемого результата.

- Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология проведения медицинского вмешательства не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Центр не несет ответственности за их возникновение.

- Я понимаю и согласен (согласна), что Центр не может нести ответственность за качество ранее проведенных процедур в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с такими процедурами.

- Я ознакомлена о необходимости информировать Врача о перенесенных мною заболеваниях, известных мне аллергических заболеваниях, противопоказаниях/индивидуальной непереносимости к приему препаратов, а также о злоупотреблениях алкоголем и наркотическими препаратами.

- Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) в Анкете о состоянии здоровья, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат процедуры зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

- **Я информирован(а) об абсолютных противопоказаниях для проведения процедуры:** индивидуальная непереносимость каких-либо обезболивающих средств, зафиксированная ранее, психические заболевания.

Частные противопоказания обсуждаются с Врачом на основании данных, указанных в Анкете о состоянии здоровья.

- **Я не возражаю против записи процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.**

- **Я удостоверяю,** что текст моего информированного добровольного согласия на проведение процедуры мною внимательно прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

- **Я подтверждаю,** что понял(-а) всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами Центра о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах; я имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области.

**На все заданные вопросы я получил(-а) удовлетворившие меня ответы.** Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии

с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина)

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. - полностью)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

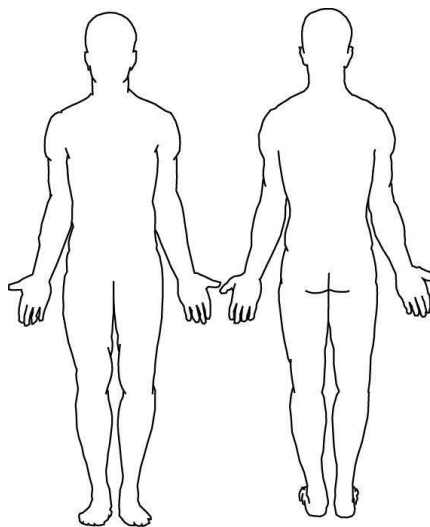
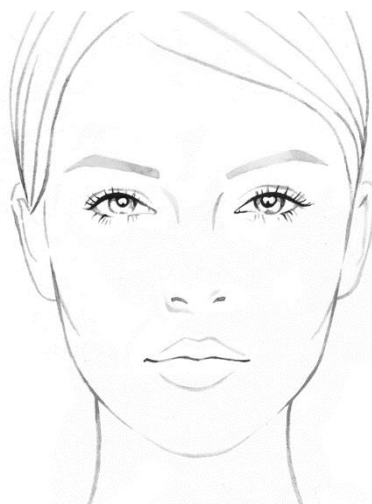
Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Информация о проведенной процедуре

Зона воздействия \_\_\_\_\_

Анестезия ( аппликационная Акриол-Про, инфильтрационная 2% раствор лидокаина, иное)  
(нужное подчеркнуть)



Ф.И.О пациента \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ф.И.О врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

