**Уважаемые пациенты!**

**Согласно требованиям 323-ФЗ, Статья 20 "Об основах охраны здоровья граждан РФ", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних дает один из родителей**  **или иной законный представитель.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПРОЦЕДУРУ (ОПЕРАЦИЯ, МАНИПУЛЯЦИЯ)**

 Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сообщена вся необходимая информация о предстоящей процедуре и что я ознакомлен(а) и согласен(согласна) с названными мне условиями проведения медицинского вмешательства.

Я,

 (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_

 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в «Клиника доктора Костина»

 Медицинским работником

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я добровольно прошу хирурга КОСТИНА Антона Юрьевича, как моего врача, и привлекаемых по его усмотрению необходимых специалистов и персонал, провести следующие процедуры:

Я добровольно даю согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам.

Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача и анестезиолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях:

Я сообщаю врачу обо всех имеющихся, перенесенных и выявленных у меня заболеваниях:

Я сообщаю о своих вредных привычках:

И о применяемых мною медицинских препаратах:

Я сообщаю врачу обо всех сделанных мною ранее эстетических коррекциях:

Я понимаю, что во время операции и могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я уполномочиваю моего врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

Мне разъяснено врачом, и привлекаемыми специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения заказанных мной процедур.

Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что по заказанным мной манипуляциям существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

Я понимаю, что практическая хирургия – это не точная наука, и что даже авторитетный специалист не может дать 100% гарантию успеха лечения. Поэтому Врач, так же как и любой другой хирург, не может мне гарантировать достижение отличного результата.

Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья.

Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с заказанными мной процедурами:

* послеоперационная инфекция;
* послеоперационное кровотечение;
* деформация мягких тканей;
* неврологические нарушения;
* неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, ввиде келлоида, что может быть связано с особенностью моего организма;
* временная отечность, образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, ассиметрий;
* онемение (снижение или потеря чувствительности) или, наоборот, болезненность отдельных зон , в течение неопределенного времени;
* скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования;
* уплотнение мягких тканей, которое может сохраняться до трех месяцев;
* снижение эластичности кожи
* изменение цвета кожи
* временное или постоянное нарушение чувствительности;
* неудовлетворительные эстетические результаты;

а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные системные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего организма.

Я даю согласие на фотосъемку, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения хирургических знаний, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое имя не будет упомянуто

.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю свое согласие на переливание крови.

Я уведомлен(а) о том, что при необходимости время операции может быть увеличено и время наркоза увеличивается соответственно, за что взымается дополнительная плата.

При проведении всех медицинских мероприятий необходимым условием является строгое выполнение всех предписаний врача, приема медикаментов, лечебно-охранительного режима, особенностей питания, условий ухода за пациентом и не проводить самолечения.

Недопустимым является прием в процессе лечения алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных веществ,а также любых лекарственных средств без назначения врача.

Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего организма.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения ,за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

Исполнитель (Врач):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_