

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я Иванов Иван Иванович

являющийся Пациентом настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Я знаю о наличии у меня повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам: _____

Я знаю об имеющихся (имевшихся) у меня следующих заболеваниях, травмах, операциях:

В настоящее время я принимаю следующие лекарственные средства: _____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего (пациента) здоровья может способствовать развитию осложнений или даже стать их причиной.

Врач сообщил мне что, противопоказаниями для проведения данного лечения являются:

- онкологические заболевания;
- высокая температура;
- острая инфекция

2. Суть медицинского вмешательства иглорефлексотерапии заключается в постановке одноразовых стерильных акупунктурных игл в акупунктурные точки головы, ушей, туловища и конечностей. Планируемое количество процедур до 10 сеансов иглорефлексотерапии

Мне разъяснены основные этапы лечения. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. Ожидаемые результаты – уменьшение боли, увеличение объёма движений, улучшение самочувствия.

4. Мне в доступной форме предоставлена информация о возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектах, а также вероятных осложнений, в том числе:

- ☐ возможность возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур
- ☐ отсутствие улучшений или ухудшение состояния,
- ☐ индивидуальной непереносимости процедуры, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока),

- ☐ возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, неприятные ощущения в области введения иглы, эрозии в месте введения иглы,
- ☐ истерической реакции, обморока,
- ☐ развития длительного онемения в области введения иглы, обусловленного попаданием иглы в нерв,
- ☐ кровотечения, механического повреждения органа,
- ☐ воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, эмболии,
- ☐ обострения сопутствующих заболеваний, воспалительного процесса,
- ☐ колебаний артериального давления,
- ☐ перихондрит уха

5. Я понимаю, что невозможно абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата иглорефлексотерапия и отсутствие осложнений. Никто, в том числе врач, не давал мне таких гарантий;

6 Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время иглорефлексотерапии или после нее могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения.

9. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения лечащего врача.

10. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

11. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. 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), в том _____ числе _____ после _____ смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

12. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

Пациент :Иванов Иван Иванович _____(подпись)

Врач Ясудис Ю.Ю. _____(подпись)

«__» _____ 202__г.