



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное согласие пациента на инъекцию препаратов токсина ботулизма

« ____ » _____ 202 ____ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____ В
связи с этим мне рекомендовано проведение инъекций препаратов токсина ботулизма _____
_____ в область _____.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры я имею право отказаться от процедуры.

Мне предоставлена, в доступной для меня форме, полная информация о целях, характере и особенностях процедуры:

- **цели оказания медицинской помощи:** коррекция мимических морщин; лечение локализованных форм гипергидроза; устранение хронического мышечного спазма (иное указать) _____.

- **методы оказания медицинской помощи:** внутримышечное или подкожное введение препаратов, под воздействием которых, в зависимости от типа ткани, нарушается холинергическая нервно-мышечная передача или холинергическая вегетативная передача импульсов к потовым, слезным, слюнным железам или к гладким мышцам.

- **связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:** мне разъяснено, что имеются противопоказания к вмешательству: гемофилия, миастения, локальный воспалительный процесс, беременность, период лактации, нервномышечные нарушения (синдром Ламберта-Итона, миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы, нарушения сократительной способности мышц, снижение сухожильных рефлексов), относительные противопоказания: выраженный птоз, срок менее 3 месяцев после перенесенной пластической операции, повышенная температура тела, аллергические реакции на препараты в прошлом, эпилепсия, соматические заболевания в стадии обострения, склонность к образованию рубцов.

Мне разъяснено, что при непредставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут.

Мне разъяснено, что в течение 2-4 дней после вмешательства может сохраняться болезненность при пальпации. При тромбировании сосуда, несоблюдении мер асептики и антисептики возможно формирование фиброза, некроза тканей.

После введения место инъекции не следует массировать во избежание диффундирования препарата в окружающие ткани.

В целях достижения наилучшего эффекта вмешательства не рекомендуется:

- занимать горизонтальное положение в течение 3-4 часов после процедуры; в течение минимум 2 суток загорать
- посещать сауну и массаж

- в течение 2 недель - принимать антибиотики
- делать какие-либо миостимулирующие процедуры, микротоки, ультразвук на зону введения препарата
- производить повторное введение препарата ранее чем через 3 месяца. Разъяснено, что раннее повторное введение препаратов может привести к синтезу нейтрализующих антител и неэффективности дальнейших процедур
- Прием аспирина и других лекарств, уменьшающих свертываемость крови, увеличивает вероятность развития гематом в местах инъекций
- В зависимости от индивидуальных особенностей организма может потребоваться коррекция через 2-3 недели

Мне разъяснено, что к осложнениям вмешательства относятся: аллергический дерматит, локализованная крапивница, острые поверхностные и глубокие пиодермиты, активизация герпетической инфекции, очаги некроза, распространенная крапивница, отек Квинке, токсикодермия, обострение атопического дерматита, бронхиальной астмы и др. отёк места инъекции, головные боли, мигрень, парестезии (нарушение чувствительности), астиопия (слабость зрения), диарея, тошнота, слезотечение, отёчность верхних и нижних век, выворот век, фотофобия (светобоязнь), утомляемость, гриппоподобный синдром, диплопия (двоение в глазах), нарушение артикуляции, онемение, нарушение чувствительности, частичный паралич лица, асимметрия лица.

Я понимаю, что во время процедуры я могу испытывать дискомфорт различной степени.

Я понимаю, что во время процедуры у меня могут возникнуть раздражение и покраснение кожи.

Мне разъяснено и я осознаю, что процедура не гарантирует мне 100% желаемого результата.

Я понимаю, что процедура может быть мне противопоказана по индивидуальным причинам. Противопоказания обсуждаются врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

В случае проявления неожиданных реакций кожи (раздражение, покраснение, высыпания, воспаления) я немедленно свяжусь со специалистом, проводившим процедуру.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен/на/ на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я предупрежден(а) и понимаю, что несоблюдение указаний /рекомендаций/ и назначений врача /в том числе, но не ограничиваясь указанных в Памятке/, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, либо быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____ согласен/на/ на фото- видеосъемку хода процедуры и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения медицинской тайны.

Я согласен/на/ с вышеперечисленными пунктами и намерен(а) пройти процедуру введения препаратов токсина ботулизма. Я подтверждаю, что буду следовать рекомендованному курсу пред- и постпроцедурного ухода.

Мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно даю свое согласие на проведение процедуры

Памятка для пациента мною получена.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись, Ф.И.О.)