

Информированное добровольное согласие
на удаление доброкачественных образований кожи
методом криодеструкции

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ

Я, _____ (Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

г. р., зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

Код по номенклатуре: A24.01.004

Вид вмешательства/услуги: Криодеструкция кожи (и её образований)

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 6».

Медицинским работником _____ (должность ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

1.Цели оказания медицинской помощи: удаление доброкачественных образований, не требующих гистологического исследования.

2.Методы оказания медицинской помощи:

локальное воздействие низких температур (жидкий азот) на доброкачественное образование, вследствие которого ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению (деструкции) с помощью замораживания. Вмешательство проводится с помощью экспозиции индивидуального деревянного аппликатора с ватным наконечником.

Мне разъяснено, что во время процедуры возможны ощущения- холода, покалывания, онемения, временной гиперемии, имеется высокий риск невозможности полного удаления доброкачественного образования кожи из-за отсутствия в медицине достоверных методов контроля глубины воздействия при криодеструкции.

В случае болезненности при проведении процедуры может потребоваться анестезия:

Мне разъяснено, что после проведения вмешательства на месте термического ожога, возникает подкожный пузырь с прозрачной жидкостью, возможен геморрагический выпот, покраснение кожи вокруг пузыря, отечность и болезненность. Все последствия являются временными с индивидуальным сроком разрешения, при условии выполнения данных рекомендаций к дальнейшему уходу за кожей после процедуры.

Для получения желаемого результата может потребоваться повтор процедуры.

Противопоказаниями к проведению процедуры являются: герпетические высыпания, активно выраженный воспалительный процесс кожи, лихорадочное состояние, ОРЗ, ОРВИ, непереносимость холода, холодовая крапивница, хронические заболевания в стадии обострения.

Я понимаю, что имеющиеся противопоказания, а так же несоблюдение рекомендаций, могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы и диспансер не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщила или не знала о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру. Своей подписью я подтверждаю, что не имею вышеуказанных противопоказаний.

Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) *

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (дата оформления)