

Информированное добровольное согласие
на удаление доброкачественных образований кожи
методом лазеродеструкции

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 А22.01.003

Вид вмешательства/услуги: Лазерная деструкция ткани кожи

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

Медицинским работником: _____ (Ф.И.О. должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

1. Цели оказания медицинской помощи: удаление доброкачественных образований кожи, не требующих гистологического исследования (гарантированное удаление бородавок, контагиозного моллюска, папиллом, остроконечных кондилом и т.д. возможно после проведения курса лечения, определенного врачом).

2. Методы оказания медицинской помощи: локальное воздействие лазерного луча на доброкачественное образование, вследствие которого ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению (деструкции).

Мне разъяснено, что имеется риск невозможности полного удаления доброкачественного образования, не исключена вероятность формирования рубца (редко, у лиц со склонностью к образованию рубцов, после удаления глубоких элементов, при несоблюдении правил ухода за раной), рецидива образования с необходимостью повторного проведения процедуры, что после проведения вмешательства на месте образования возможен отек, покраснение кожи, проходящее чувство жжения, нагноение (редко, в случае инфицирования раны, при несоблюдении рекомендаций врача), пигментации, парестезии, нарушения чувствительности. В случае болезненности процедуры может потребоваться анестезия.

Мне разъяснено, что для достижения желаемого результата может потребоваться повтор процедуры.

Противопоказаниями к вмешательству являются: герпетические высыпания, активно выраженный воспалительный процесс кожи, индивидуальная непереносимость лазерного излучения, лихорадочное состояние, ОРЗ, ОРВИ, хронические заболевания в стадии обострения.

Своей подписью я подтверждаю, что не имею вышеуказанных противопоказаний.

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. 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.

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

(подпись)

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

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)