

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента

Информированное добровольное согласие на проведение прокола ушей

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем вмешательстве и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения

1. Я _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка: _____
(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

получил(а) в доступной для меня форме полную и достоверную информацию о предстоящем в отношении ребенка медицинском вмешательстве и даю согласие на прокалывание ушей моего ребенка.

2. Медицинским работником (ФИО, должность) _____ мне разъяснено следующее:

2.1. **Прокалывание ушей (пирсинг) детям до 5 лет не рекомендован, так как мочка уха ещё маленькая и биологически активные точки расположены на ней концентрированно (очень близко).** Поэтому при раннем прокалывании ушей повышается риск изменений в состоянии здоровья, а к пяти годам эти точки концентрически расходятся и прокол в центре мочки уха считается уже безопасным. К этому возрасту ребенок также готов психологически. Манипуляция проводится стерильными серьгами-иглами при помощи специального медицинского пистолета CALFON. Постановка сережек мгновенная. Серьги из медицинского сплава, что исключает возможность окисления. Болезненные ощущения у детей переменны.

2.2. «Пистолет» CALFON для прокалывания ушей ребенка — самое распространенное средство, он прост в использовании и безопасен при соблюдении мер предосторожности. Прокол ушей осуществляется одноразовыми серьгами-иглами посредством простреливания мочки уха. Процедура совершается быстро, серьга остается в проколе. Перед каждым применением «пистолет» CALFON дезинфицируется, обеззараживается место прокола, иглы при прокалывании и серьги-иглы используется только одноразовые в индивидуальной упаковке.

2.3. **Противопоказаниями к проведению процедуры являются:** возраст до 5 лет; соматическое или инфекционное заболевание в остром периоде и до 14 дней после него; хронические заболевания в период обострения; болезни крови и капилляров; острая крапивница и Отёк Квинке в анамнезе; сахарный диабет; предрасположенность к келоидам; плохое заживление ран; недомогание; ослабление иммунной системы; иммунодефицитные состояния; проявления кожных болезней в области проведения манипуляций; болезни наружного и внутреннего уха в острой стадии индивидуальная непереносимость компонентов и материалов, используемых при манипуляции. **Не рекомендуется прокалывать уши детям, которые сильно напуганы, возбуждены, сопротивляются и плачут.**

3. Мне было подробно разъяснено, сто предстоящее медицинское вмешательство является инструментальным и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов, все же несет в себе **риск возникновения следующих осложнений:** инфекционные осложнения (гиперемия, отёк в области манипуляции, отделяемое из мест прокола); реакции индивидуальной гиперчувствительности (отек, зуд в области манипуляции, отделяемое из мест прокола); травматизация с последующим кровотечением; образование гранулем, келоидных рубцов. Я предупрежден (-а), что в случае возникновения какого-либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья ребенка после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу.

4. Мне разъяснено, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции организма, которые иногда могут быть непредсказуемыми. Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений. Настоящим я доверяю врачу я изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

5. Настоящим я подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/ Пациента здоровьем, о наличии у сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перечисленных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях несовершеннолетнего пациента, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, о проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств. Я предупрежден (-а), что в случае неполной и достоверной информации по вопросам состояния здоровья, в результате медицинского вмешательства может ухудшиться результат медицинского вмешательства, могут возникнуть тяжкие последствия и/или наступить иное повреждение моего/ Пациента здоровья. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья, ответственность ложится на меня.

7. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, я осознаю, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне как к представителю пациента. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений с моей стороны от предписаний лечащего врача.

8. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о медицинском вмешательстве. Настоящим я заверяю и подтверждаю, что с предложенным медицинским вмешательством согласен(на). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, и я согласен (на) на его проведение. Мне названы и со мной согласованы: технологии, методы, материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства; сроки проведения медицинского вмешательства; стоимость медицинского вмешательства. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мной (моим несовершеннолетним сыном/дочерью) рекомендаций врача. Рекомендации, необходимые к соблюдению перед и после проведенного медицинского вмешательства мной получены, они являются исчерпывающими, мне разъяснены и понятны. Я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

9. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения, а также были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Вся информация была доведена до меня на доступном и понятном мне языке. Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

10. Я ознакомлен (а) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства, цель, метод оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и распечатал в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	Должность, ФИО, подпись врача