

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство: «Микросклеротерапия»

Перед тем, как вы примете окончательное решение, вам необходимо овладеть информацией об этих операциях, чтобы вы имели время ее обсудить, включая факторы риска и специальные медицинские термины, с врачом. Вам предстоит решить, принимаете ли вы факторы риска наряду с той пользой, которую ожидаете от процедуры.

НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОЦЕДУРЕ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ. Микросклеротерапия (в дальнейшем - процедура) – процедура, направленная на удаление сосудистых «звездочек» и «сеточек» (называемых «ретикулярный варикоз» и «телеангиэктазии» в медицине) на ногах. Эти сосуды – проявление хронической венозной недостаточности 1 степени, варикозной болезни нижних конечностей 1 степени, то есть их начальных стадий, не требующих хирургического лечения. В первую очередь цель, которую эта процедура имеет – эстетическая, то есть улучшение внешности ног путем устранения чисто эстетических дефектов. На гемодинамику, то есть кровообращение в ногах процедура практически не влияет.

ПОДГОТОВКА. Исключить бесконтрольный прием медикаментов за 3 недели, аспирин, витамина "Е" за 2 недели. Начать прием витамина "С" за неделю до операции. Накануне обеспечить хороший ночной сон, можно с применением снотворных, известных Вам. Утром, в день процедуры, примите гигиенический душ. На процедуру необходимо принести с собой эластичский трикотаж 2 класса компрессии, подобранный по размеру в специализированном косметическом салоне. В клинике о вас позаботится персонал.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ. Процедура выполняется без анестезии.

ПРОЦЕДУРА На операционном столе или кушетке Вы лежите на спине, на боку или на животе, в зависимости от локализации конкретной сосудистой звездочки. Длительность процедуры - от 10 минут до 2 часов, в зависимости от количества измененных сосудов. Суть процедуры в том, что после обработки антисептиком кожи ног в просвет сосудистых звездочек и сеточек вводится препарат Этоксисклерол 1%. Затем происходит кратковременная компрессия, и так далее со следующими сосудами. После завершения процедуры Вам необходимо будет надеть эластичский трикотаж.

ПОВЯЗКА. Обычно не требуется, но при повышенной кровоточивости на некоторые участки кожи может быть наклеен бактерицидный пластырь, который снимается на следующий день.

ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. При этой процедуре временное, а тем более постоянное снижение чувствительности практически не встречается.

РУБЦЫ. Чаще всего рубцов после этой процедуры не остается. Но при выраженном ретикулярном варикозе небольшие рубцы остаются приблизительно в 5% случаев. Первые 2 месяца после процедуры заметны корочки, «синяки», то есть вид эстетически может быть даже хуже, чем до процедуры. Это нормально, эти явления проходящие.

ОТЕК. После процедуры неизбежна отечность особенно первые 2 недели.

БОЛЬ. Во время процедуры Вы почувствуете боль от проколов кожи иглой и введения склерозирующего препарата, а также жжение.

ОСОБЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.

1. Длительно существующая гиперемии кожи.
2. Присоединение герпетической инфекции.

3. Незначительная депигментация кожи.
4. Очень редко – рожистое воспаление, которое может потребовать лечения в условиях хирургического стационара.
5. Образование гипертрофических рубцов.
6. Образование капиллярного меттинга, то есть стойкого, не проходящего «синяка».
7. Непереносимость препарата, которая может проявляться в виде головокружения, тошноты, коллапса (обморок), и вплоть до крайне редко встречающегося анафилактического шока.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА. Показатель положительного результата – исчезновение «сосудов». Обычно после одной процедуры исчезает от 10% до 90% сосудистых звездочек, но чаще – 50%-70%. Окончательный результат можно оценить только через 2,5-3 месяца.

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД

1. Ношение эластического трикотажа 2 класса компрессии 5 дней.
2. Явка на контрольный осмотр через 5 дней и через 2,5-3 месяца для решения вопроса о целесообразности повторной процедуры в клинике «ДокторЪ Ч».
3. При возникновении любых изменений самочувствия необходимо срочно связаться с лечащим врачом.
4. Прием препарата Антистакс – 2 капсулы утром 1 раз в сутки – 4 недели.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

1. Отказ от процедуры. Последствия отказа – отсутствие эстетического эффекта.
2. Самолечение. Последствия самолечения – высоковероятно отсутствие эффекта, а также возможность риска для здоровья и жизни.
3. Лазерная деструкция. По современным данным флебологов (специалистов по лечению заболеваний вен) микросклеротерапия дает более выраженный эстетический эффект и меньше осложнений, чем лазерная деструкция. Также субъективно, по отзывам пациентов, микросклеротерапия менее болезненна, чем лазерная деструкция.

4. ГАРАНТИЯ РЕЗУЛЬТАТА

Медицина не является точной наукой и 100% гарантии успешного исхода процедуры не существует по объективным, не зависящим от врача причинам:

1. Организм каждого человека индивидуален и уникален, нет методов, позволяющих точно предсказать последующее течение и реакцию организма на вмешательство.
2. Осложнения и неудачи лечения могут возникать при неправильном выполнении и несоблюдении пациентом предписаний врача.

РАСПИСКА-СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, пациент _____, дата рождения _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг с ООО «Медицинский Центр РОСТ» (Клиника «ДокторЪ Ч») даю согласие на проведение медицинского вмешательства – микросклеротерапия.

Я прочел(ла) и понял(а) все перечисленные сведения. Я осознаю, что факторы риска не могут быть полностью предсказуемы, даже при согласованном планировании результата и совершенном техническом выполнении процедуры, и я принимаю такие условия.

Я разрешаю доктору фотографировать себя для наблюдения за результатом операции на всех этапах реабилитации. По предварительному согласованию со мной врач может

публиковать эти фотографии в профессиональных медицинских изданиях и книгах с условием не разглашения моей личности и соблюдения морально — этических норм. Я осознаю неизбежность таких временных явлений после операции, как боль, отек, синяки.

Я дал своему лечащему врачу полную информацию о перенесенных мною заболеваниях, включая любое и каждое состояние, способное послужить противопоказанием к процедуре, и я осознаю, что неполнота такой информации может привести к серьезным хирургическим осложнениям.

Я убежден, что хирург запланировал результат, адекватный моим ожиданиям, и что ожидаемая мною польза от процедура превышает поименованные факторы риска. Придя к такому заключению, я принимаю на себя всю полноту ответственности за мое решение подвергнуться процедуре.

Дата _____

Подпись пациента _____ Ф.И.О. (разборчиво) _____

Подпись врача _____ Ф.И.О. (разборчиво) _____