

## Информированное добровольное согласие на проведение эндовазальной лазерной коагуляции

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя) " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный/ая по адресу \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: **эндовазальная лазерная коагуляция** в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК», Юридический адрес: 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

(ФИО, должность медицинского работника)

Настоящим я подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания (состояния) - варикозного расширения вен нижних конечностей.

Лечащим врачом мне разъяснено, что варикозное расширение вен нижних конечностей - это состояние, при котором подкожные вены расширены и извиты, клапаны в венах разрушены или работают неправильно и не обеспечивают отток венозной крови в сторону сердца, что приводит к обратному току крови и нарушению кровообращения в пораженной конечности (по венам кровь должна бежать вверх, а по варикозным венам кровь бежит вниз). Также мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания (состояния) (!!! выделить необходимое):

**Варикозное расширение вен нижних I83.2** Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой конечностей с язвой и воспалением

**Варикозное расширение вен нижних I83.9** Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением конечностей без язвы или воспаления

Я осведомлен(на), что лечение варикозного расширения вен нижних конечностей является добровольным и я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. Однако, я также предупрежден(а), что в случае отсутствия адекватного лечения нарушенное кровообращение в пораженной(ых) конечности(ях) в виду варикозного расширения вен нижних конечностей будет проявляться не только в прогрессировании косметической проблемы, но также может привести к возникновению таких осложнений как:

- увеличение количества и диаметра варикозных вен, появление или прогрессирование симптомов хронических заболеваний вен,

- развитие венозных тромбоэмболических осложнений (тромбофлебит, выход тромба в глубокие вены, тромбоэмболия легочных артерий), развитие трофических расстройств на нижних конечностях (пигментации, дерматиты, экзема,

- липодерматосклероз, трофические язвы).

В доступной для меня форме мне разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: лечение варикозного расширения вен.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что эндовазальная лазерная коагуляция представляет собой малоинвазивный метод лечения варикозного расширения вен путем термического воздействия луча лазера на внутреннюю стенку пораженной болезнью вены.

Мне разъяснено, что в основе лазерного лечения лежит использование высокоэнергетического потока света, под воздействием которого происходит фотокоагуляция, то есть все слои вены разрушаются и спадают. Разогрев стенки происходит пузырьками пара, которые образуются в крови под действием на нее светового импульса.

Мне разъяснено, что эндовазальная лазерная коагуляция требует предварительной подготовки:

- ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей;

- общий анализ крови;

- анализ на ВИЧ, гепатиты, сифилис;

- коагулограмма;

- электрокардиограмма (ЭКГ).

Мне разъяснено, что эндовазальная лазерная коагуляция проводится следующим образом. Перед введением световода проводится дуплексное сканирование вен, под его контролем на ноге маркируются вены и границы недостаточности клапанов, отмечаются впадения прилегающих сосудов. Затем операционное поле пациента обезболивается, место прокола на коже дезинфицируется, осуществляется пункция и вводится сам световод. Подача лазерного излучения, контроль за температурой и местом воздействия осуществляется непрерывно с помощью ультразвуковой доплерографии. Тепловая энергия лазера приводит к коагуляции сосуда, к дальнейшему его спадению и рассасыванию. После процедуры на ногу надеваются компрессионные чулки, в которых необходимо походить по кабинету не менее 40 минут.

Мне разъяснено, что эндовазальная лазерная коагуляция выполняется под местной анестезией. Процедура сопровождается минимальным болезненным эффектом.

Мне разъяснено, что **противопоказаниями к эндовазальной лазерной коагуляции** являются:

- острый тромбофлебит в зоне проведения процедуры;
- извитость вены, затрудняющая прохождение световода по ней;
- узкая вена; атеросклероз нижних конечностей;
- беременность;
- лактация;
- ожирение высоких степеней.

Мне разъяснено, что после эндовазальной лазерной коагуляции возможно возникновение боли в ноге в течение нескольких дней; гематом и кровоподтеков; небольшой температуры; натяжения вены, мешающего движению. Указанные симптомы являются нормальными и проходят самостоятельно. Если указанные симптомы не проходят после указанного лечащим врачом срока, необходимо обратиться за консультацией к лечащему врачу.

Мне разъяснено, что после эндовазальной лазерной коагуляции возможно возникновение **осложнений**:

- тромбофлебит;
- тромбоз.

При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться за консультацией к лечащему врачу.

Мне разъяснено, что при успешном проведении эндовазальной лазерной коагуляции и отсутствии побочных эффектов достигается значительное улучшение состояния вен. Косметический эффект после эндовазальной лазерной коагуляции во многом зависит от стадии варикозной болезни, особенности самой венозной системы и наличия или отсутствия осложнений варикозной болезни.

Эндовазальная лазерная коагуляция не исключает развития рецидива.

Мне разъяснено, что во время реабилитационного периода показаны гидропроцедуры, массаж и лечебная физкультура в целях нормализации венозного оттока и предупреждения образования новых тромбов. Кроме того, по назначению лечащего врача рекомендуется принимать венотонизирующие препараты, носить компрессионное белье и наблюдаться у лечащего врача.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в полном устранении косметического дефекта, восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Лечащим врачом мне разъяснено, что в случае отсутствия достижения положительного результата (сохранение варикозно измененных(ой) вен(ы), подвергнутых вмешательству) дальнейшая лечебная тактика выбирается индивидуально для каждого пациента и может включать в себя наблюдение, склеротерапию или повторное проведение минифлебэктомии, что потребует подписания отдельного(ых) информированного(ых) добровольного(ых) согласия(ий) и возможно коррекции стоимости лечения.

Мне известно, что варикозное расширение вен нижних конечностей является хроническим заболеванием, которое может прогрессировать в течение всей жизни. Таким образом, я осознаю, что устранение варикозных вен одной локализации не исключает возможности развития варикозного расширения вен той же или других локализаций.

Я также предупрежден(а) о следующих **возможных осложнениях и последствиях** после проведения минифлебэктомии:

**Часто встречающиеся негативные эффекты:**

- кровоизлияния;

- уплотнения;
- втяжения кожи; гематомы;
- боль малой или умеренной интенсивности в зоне проведения вмешательства;
- повышение температуры тела.

**Редко встречающиеся негативные эффекты:**

- появление зон пониженной чувствительности кожи (чувствительность в большинстве случаев восстанавливается в сроки от 3 до 18 месяцев, либо существенно уменьшается по площади);
- формирование гипертрофических и келоидных рубцов;
- скопление сосудистых звездочек (телеангиэктазов) в зоне проведения вмешательства (в данном случае может потребоваться проведения склеротерапии и/или лазерной или термической чрескожной коагуляции);
- потемнение кожи по ходу удаленных вен – гиперпигментация (со временем интенсивность гиперпигментации снижается; регресс гиперпигментации, как правило, наступает в сроки от 6 до 24 месяцев;
- в редких случаях может сформироваться стойкая остаточная (гиперпигментация).

**Крайне редко встречающиеся негативные эффекты:**

- кровотечение во время процедуры или после нее;
- некроз мягких тканей;
- нагноение ран;
- развитие осложнений в других сосудистых бассейнах (инфаркт, инсульт, некроз кишечника); повреждение соседних образований (нервов, мышц, сухожилий и других органов); тромбоз глубоких вен и тромбоэмболией легочных артерий;
- развитие лимфедемы (лимфатического отека конечности); аллергические реакции и другие
- побочные реакции на препараты, применяемыми в ходе вмешательства (в соответствии с инструкцией к препарату);
- другие непрогнозируемые осложнения, в том числе, представляющие угрозу жизни.

Я также предупрежден(а), что после проведения минифлебэктомии возможно появление следующих, не стоящих волнения, последствий: при ультразвуковом исследовании могут оставаться небольшие фрагменты вен без кровотока в них, которые потом рассасываются организмом; в месте вмешательства могут оставаться небольшие следы от проколов (разрезов), которые с течением времени бледнеют и становятся малозаметными. Лечащим врачом мне разъяснено, что в большинстве случаев данные последствия самоустраняемы, однако при их стойком сохранении (6-12 месяцев) мне (представляемому) можно обратиться в ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» либо в иную медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами.

Также я предупрежден(а), что при существенном изменении моего (представляемого) самочувствия или состояния (выраженный болевой синдром, приступ одышки, резкое падение артериального давления, приступ потери сознания, выраженное учащенное сердцебиение и т.д.), мне (представляемому) следует незамедлительно обратиться в ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» либо в иную медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше серьезных осложнений.

Также я проинформирован(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. В частности, мне известно о необходимости пешей прогулки после процедуры в течение времени, назначенного врачом. Я также отдельно предупрежден(а) о том, что при развитии выраженного кровотечения из проколов (ран) после вмешательства, мне (представляемому) необходимо принять положение лежа/сидя, поднять оперированную конечность выше уровня сердца и прижать место, откуда поступает кровь, после чего незамедлительно обратиться в ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» или иную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи или вызвать скорую медицинскую помощь.

Кроме того, известно, что проведение минифлебэктомии не имеет патогенетической связи с другими заболеваниями и лишь в крайне редких случаях может являться причиной их возникновения. С учетом данных пояснений мне понятно, что болевые и другие неприятные ощущения в нижних конечностях после процедуры иногда могут быть не связаны с проведенным лечением, а являться следствием сопутствующей патологии, такой как остеохондроз, периферические нейропатии, заболевания костей и суставов, кожных, системных и других заболеваний. Лечащим врачом я проинформирован(а), что их лечение должно проводиться соответствующими врачами-специалистами.

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения,** за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне 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, в том числе разъяснено: Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

---

(Ф. И. О. выбранного лица)

**V**

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина (-ки) или законного представителя, контактный телефон

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.

дата оформления