

Информированное добровольное согласие на проведение минифлебэктомии

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: **минифлебэктомия** 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 тромбозомболических осложнений (тромбофлебит, выход тромба в глубокие вены, тромбоз легочных артерий), развитие трофических расстройств на нижних конечностях (пигментации, дерматиты, экзема,

- липодерматосклероз, трофические язвы).

Я проинформирован(а), что минифлебэктомия на сегодняшний день является одним из наиболее современных, безопасных и высокоэффективных методов, которые применяются в целях лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Данный метод имеет ряд преимуществ, среди которых определяющими являются следующие:

- большой процент клинического успеха;

- минимальная травматичность; возможность проведения процедуры амбулаторно под местным обезболиванием;

- обычно короткие сроки реабилитации (сразу после процедуры пациент может отправиться домой, и в подавляющем большинстве случаев на следующий день вернуться к трудовой деятельности);

- высокий косметический эффект (в большинстве случаев на коже не остаётся рубцов, следы от проколов в значительной степени регрессируют в течение 3-12 месяцев).

Лечащим врачом мне разъяснено, что целью проведения минифлебэктомии является устранение косметического дефекта, улучшение качества жизни пациента, профилактика развития тромбозомболических осложнений, профилактика развития трофических расстройств или рецидива трофической язвы. В данном случае это достигается путем удаления варикозных вен из небольших проколов (разрезов) кожи, в результате чего эти вены перестают служить проводниками неправильного кровотока.

Я также проинформирован(а) о том, что на сегодняшний день одним из наиболее распространенных альтернативных минифлебэктомии методов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей является склеротерапия (введение в вену специального препарата, который закрывает ее просвет, после чего вена рассасывается в течение определенного времени).

Лечащим врачом мне разъяснено, что основными недостатками склеротерапии являются, длительный период наступления положительного эффекта (как правило от 3 до 24 месяцев), а также более высокая по сравнению с минифлебэктомией вероятность развития после процедуры гиперпигментаций и уплотнений по ходу вен.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме проинформирован(а) обо всех недостатках и преимуществах вышеуказанных методик и получил(а) подробные ответы на все интересующие меня вопросы.

Будучи проинформированным(ой) об альтернативных методах лечения варикозного расширения вен нижних конечностей, об их особенностях, а также с учетом пояснений и рекомендаций врача, я принимаю решение о лечении диагностированного у меня заболевания именно методом минифлебэктомии.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего (представляемого) заболевания такое медицинское вмешательство, как **минифлебэктомия будет включать в себя следующие этапы:**

1. Разметка пораженных вен с помощью маркера или иных средств;
2. Обработка операционного поля и применение (!!! выделить необходимое):
 - местной анестезии (введение слаборазбавленного анестетика по ходу варикозных вен);
 - спинальной анестезии (введение в область спины обезболивающего препарата, после чего на определенное время ноги перестают чувствовать);
 - общей анестезии («наркоза»).
3. Прокалывание (разрезание) кожи пораженной(ых) конечностей(и) по ходу варикозных вен с помощью иглы или скальпеля, после чего специальным инструментом в виде крючка вена зацепляется, подтягивается наружу, берется зажимами и вытягивается (удаляется);
4. При необходимости наложение швов на раны;
5. Наложение в месте проколов (разрезов) стерильных повязок и (или) применение эластической компрессии (компрессионные бинты, чулки и т.п.).

Я понимаю, что длительность лечения и повторяемость вышеприведенных манипуляций зависят от количества пораженных вен, в отношении которых будет проведено лечение. В свою очередь, я также осознаю, что перед проведением минифлебэктомии заранее предвидеть точное количество проколов (разрезов) и расстояние между ними невозможно, в связи с индивидуальными особенностями моего (представляемого) организма.

Я проинформирован(а), что минифлебэктомия может быть проведена для нескольких вен как в один, так и в разные дни. Такое планирование тактики лечения осуществляется индивидуально по согласованию с пациентом.

Мне известно, что минифлебэктомия может являться как самостоятельным медицинским вмешательством, так и составной частью комплекса медицинских вмешательств. Например, минифлебэктомия может дополнять лазерную или радиочастотную термооблитерацию магистральной вены. Такое планирование тактики лечения осуществляется индивидуально по согласованию с пациентом и требует подписания отдельного(ых) информированного(ых) добровольного(ых) согласия(й).

Я также проинформирован(а), что в некоторых случаях в ходе лечения варикозного расширения вен нижних конечностей методом минифлебэктомии в качестве дополнительного или альтернативного метода может потребоваться проведение склеротерапии и/или лазерной или термической чрескожной коагуляции. В таком случае стоимость лечения будет скорректирована соответствующим образом, а со мной будет подписано(ы) отдельное(ые) информированное(ые) добровольное(ые) согласие(я).

Я также предупрежден(а) о том, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть сложности (сращение вены с окружающими тканями, в результате чего вена плохо поддается удалению; слабый эффект от обезболивания или развитие аллергической реакции на анестетик, другие технические трудности), которые потребуют изменения тактики и хода лечения, а в редких случаях переноса вмешательства на другой день. Необходимость коррекции стоимости лечения при этом решается индивидуально.

Я был(а) проинформирован(а), что существует ряд **абсолютных противопоказаний**, при которых минифлебэктомия не может быть проведена:

- отсутствие возможности самостоятельно передвигаться после вмешательства;
- острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей;

- общее состояние тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести.

Я проинформирован(а), что в любом случае перед проведением минифлебэктомии лечащим врачом проводится оценка баланса ожидаемой пользы вмешательства и его рисков с учетом моих (представляемого) предпочтений. Результаты данной оценки были доведены до моего сведения, все нюансы разъяснены и мне понятны.

В связи с вышеизложенным, я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, и обо всех известных мне особенностях моего (представляемого) организма.

Подтверждаю, что при предоставлении такой информации действовал(а) добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно сказаться на результатах лечения и на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Мне разъяснено, что положительным результатом минифлебэктомии является отсутствие оперированных вен (визуально –отсутствие варикозно измененных выпуклых вен, подвергнутых вмешательству). Однако я предупрежден(а) и понимаю, что несмотря на то, что минифлебэктомия имеет высокий процент клинического успеха, ввиду специфики медицинской деятельности, индивидуальных особенностей организма в целом, которые присутствуют у каждого человека, а также в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, невозможно предоставить мне (представляемому) стопроцентной гарантии положительного результата даже при идеальном выполнении всех этапов процедуры.

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

_____ " _____ " _____ Г.

дата оформления

Ф.И.О. медицинского работника