

## Информированное добровольное согласие на эндовазальную лазерную коагуляцию

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:**

№ п/п	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
		Эндовазальная лазерная коагуляция	

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в ООО « Медицинский центр « МАЛС» Медицинским работником

(ФИО, должность медицинского работника)

**в доступной для меня форме мне разъяснены:**

- **цели оказания медицинской помощи:** лечение варикозного расширения вен.

(иное указать) \_\_\_\_\_

- **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 высокоэнергетичного 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.

(иное указать) \_\_\_\_\_

**связанный с методами риск:**

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.

(иное указать) \_\_\_\_\_

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

(иное указать )

---

**предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:**

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 бельё и наблюдаться у лечащего врача.

( Иное указать

)

---

**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)

---

(ФИО выбранного лица)

---

(подпись)

---

(ФИО медицинского работника)

" "

---

(дата оформления)