

**Информированное добровольное согласие на проведение минифлебэктомии**

г. Кириши, Ленинградская область

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, год рождения)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае,  
если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, год рождения)

именуемая в дальнейшем Пациент(ка), в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО «Медицинском центре «МАЛС» **минифлебэктомии**.

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*):

- 183.0** Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением
- 183.1** Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления
- 183.2** Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой конечностей с язвой
- 183.9** Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением конечностей

**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 тромбозов и тромбозов (тромбофлебит, выход тромба в глубокие вены, тромбоэмболия 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 тромбозов и других венозных тромбозов и тромбозов, 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 Фдругих 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 «МАЛС» 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 «МАЛС» 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 придавить место, откуда поступает кровь, после чего незамедлительно обратиться в ООО Медицинский центр «МАЛС» 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.

**Я подтверждаю,** что внимательно прочел(ла) и понял(а) всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

**Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому)**

**в ООО «Медицинский центр «МАЛС» минифлебэктомии следующих(ей)**

**вен(ы)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать наименование вен(ы) с определением конечности (правая/левая))

**врачом-хирургом (флебологом)** \_\_\_\_\_ (ФИО врача)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

*Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры минифлебэктомии, дал ответы на все вопросы.*

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)