

Информированное добровольное согласие на PRP-терапию (плазмолифтинг, плазмопластику)

ООО «Медицинский центр «МАЛС»

Г. Кириши, Ленинградская область

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
		PRP-терапия	

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем, которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* в медицинском центре «МАЛС»

Медицинским работником

(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

1. Цели оказания медицинской помощи: ремодуляция суставного хряща, менисков, связок и сухожилий при заболеваниях опорно-двигательного аппарата *(ненужное зачеркнуть)*.

(иное указать) _____

2. Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что PRP-терапия (плазмолифтинг, плазмопластика, клеточная терапия) представляет собой терапевтический метод, заключающийся во внутрисуставном введении собственной плазмы. Плазма – это жидкая часть крови, которая в себе содержит ряд витаминов, белки, ферменты, гормоны и другие полезные вещества. Также в состав плазмы входят факторы роста, которые активируют рост клеток, их обновление. В результате такого воздействия ускоряется заживление ран, а имеющийся воспалительный процесс устраняется. Мне разъяснено, что в основе метода лежит использование собственной крови пациента; из нее при помощи специальной методики извлекают тромбоциты (тромбоцитарную аутоплазму) и смешивают с небольшим объемом плазмы. Далее полученную взвесь вводят в полость поражённого сустава, мышцу, или другую ткань. Содержащиеся во введенной плазме факторы роста провоцируют интенсивное восстановление пораженного участка ткани суставов, связок, сухожилий.

Мне разъяснено, что плазмолифтинг проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию. Мне разъяснено, что плазмолифтинг не требует предварительной подготовки. Мне разъяснено, что плазмолифтинг осуществляется с применением местного обезболивания.

Мне разъяснено, что плазмолифтинг осуществляется следующим образом. Плазмолифтинг проводится в специально оборудованном процедурном кабинете. При необходимости перед началом процедуры проводится анестезия. С помощью специального оборудования из собственной крови пациента в течение непродолжительного времени создается плазма крови с высоким содержанием тромбоцитов. После приготовления плазмы, насыщенной тромбоцитами, необходимое ее количество вводится при помощи шприца в проблемные зоны. Вся процедура при необходимости может проводиться под контролем УЗИ, что обеспечивает введение препарата с большой точностью непосредственно в пораженное место. При попадании такого большого количества факторов роста в проблемные зоны, запускаются процессы восстановления тканей.

(иное указать) _____

3. Связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к плазмолифтингу являются: нарушения функций тромбоцитов; нарушения в системе свертываемости крови; острые инфекционные заболевания; сепсис; хронические заболевания печени; высокий уровень тромбоцитов или фибриногена; неустойчивая гемодинамика.

(иное указать)

Мне разъяснено, что плазмолифтинг является относительно безопасной процедурой. Риск инфицирования минимален, поскольку используется собственная кровь пациента. В зависимости от целей терапии требуется от 20 до 60 мл крови, такая потеря крови является незначительной, не влияет на функционирование организма и не требует восстановительного периода. Мне разъяснено, что при плазмолифтинге возможно возникновение нежелательных реакций и осложнений: отечность и покраснение кожи, небольшие гематомы в местах введения препарата, образование яркой окраски кожи (гиперемия), обострение угревых высыпаний на коже, развитие пигментации кожи, обострение хронических заболеваний, аутоенсибилизация, быстрый фиброз.

(иное указать)

4. Возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что плазмолифтинг осуществляется под визуальным контролем/под контролем УЗИ *(ненужное зачеркнуть)*. Мне разъяснено, что плазмолифтинг осуществляется без анестезии/с применением местного обезболивания *(ненужное зачеркнуть)*.

(иное указать)

5. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом плазмолифтинга является снижение спазма мышц, купирование болевого синдрома, ускорение процесса восстановления тканей опорно-двигательного аппарата, уменьшение периода реабилитации после оперативных вмешательств, протезирования, травм, увеличение амплитуды движений в суставе, улучшение качества жизни пациента. *(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)*

_____ *(подпись)* _____ *(ФИО пациента)*

_____ г _____ *(дата оформления)*