

**Общество с ограниченной ответственностью
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»**

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841 Почтовый
адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
Тел.: +7-924-221-7000

Информированное добровольное согласие на проведение склеротерапии

Я, _____ года рождения.

Именуемый в дальнейшем пациент(ка), в соответствии и на основании ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323

Настоящим выражаю свою информированное добровольное согласие на проведение мне в ООО Эстетик Лайф склеротерапии.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной форме проинформирован о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания – варикозного расширения вен нижних конечностей (в том числе ретикулярного варикоза и телеангиоэктазий).

Лечащим врачом мне разъяснено, что варикозное расширение вен нижних конечностей – это состояние, при котором подкожные и/или внутрикожные 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.

Я осведомлен(а), что лечение варикозного расширения вен нижних конечностей является добровольным и я имею права отказаться от любых медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ №323.

Мне известно, что лечение телеангиоэктазий (сосудистых звездочек) и ретикулярного кровотока (расширенных извилистых внутрикожных ил подкожных вен диаметром 1-3 мм) при отсутствии кровотечения проводится с эстетической целью. 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: развитие кровотечений из варикозных вен, увеличение количества и диаметра варикозных вен, появление или прогрессирование симптомов хронических заболеваний вен, развитие тромбозомболических осложнений и трофических расстройств на нижних конечностях.

Я проинформирован(а), что склеротерапия является на сегодняшний день одним из наиболее современных, безопасных и высокоэффективных методов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.

Мне известно, что основными целями проведения склеротерапии являются устранение косметического дефекта, улучшение качества жизни пациента, профилактика развития тромбофлебита и других венозных тромбозомболических осложнений, профилактика развития или рецидива трофических расстройств или рецидива трофической язвы, а также профилактика развития кровотечения из варикозных вен.

В данном случае это достигается путем введения в варикозную вену специального склерозирующего препарата, который изнутри повреждает стенку пораженной вены, что приводит к ее закрытию и в последствии рассасыванию организмом, в результате чего эта вена перестает служить проводником неправильного кровотока.

Я принимаю решение о лечении диагностированного у меня заболевания методом склеротерапии с применением лекарственных препаратов ЭТОКСИСКЛЕРОЛ (Лауромакрогол-400) и (или) ФИБРО-ВЕЙН (Натрия тетрадецилсульфат).

Я был(а) проинформирован(а), что в рамках сеанса склеротерапии может применяться как один лекарственный препарат, так и сочетание двух и более лекарственных препаратов. При этом лекарственный препарат может применяться как в жидкой форме, так и в виде пены. Выбор лекарственного препарата, определение его концентрации и формы осуществляется лечащим врачом индивидуально для каждой конкретной инъекции.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что проводимая мне процедура будет включать следующие этапы:

1. Введение в вену с помощью шприца и иглы склерозирующего препарата.
2. Применение эластической компрессии.

Я проинформирован(а), что в большинстве случаев склеротерапия проводится за несколько сеансов, так как удаление всех варикозно расширенных вен в один день зачастую невозможно. При этом я осознаю, что перед проведением

склеротерапии невозможно точно предвидеть длительность лечения, количество сеансов и процедур, интервал между ними, их повторяемость, режим компрессии, количество уколов, и расстояние между ними, так как это зависит от количества и диаметра пораженных вен, а также от особенностей моего организма.

Я предупрежден(а) о том, что в некоторых случаях в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть сложности (развитие аллергической реакции на склерозирующий препарат или другие технические трудности), которые потребуют изменения тактики и хода лечения, а в редких случаях переноса вмешательств на другой день. Необходимость коррекции стоимости лечения при этом решается индивидуально.

Я был(а) проинформирован(а), что существуют противопоказания к данной процедуре: установленная аллергия на препараты для склеротерапии, острый тромбоз глубоких и/или поверхностных вен нижних конечностей, беременность, гнойничковые поражения кожи в зоне склеротерапии, тяжелая генерализованная инфекция, системные заболевания, выраженный отек голеней, бронхиальная астма, подтвержденная тромбофилия.

Я подтверждаю, что на данный момент я абсолютно здоров (а) и не имею вышеперечисленных противопоказаний к проведению процедуры.

Я также проинформирован(а) о том, что в случае необходимости проведения склеротерапии в период лактации рекомендуется на 1-2 дня прекратить кормление грудью после введения препарата.

Мне известно, что положительным результатом склеротерапии является отсутствие склерозированных подкожных вен значительного диаметра и /или уменьшение количества склерозированных вен небольшого диаметра (чаще всего устранить все имеющиеся телеангиоэктазии и варикозные ретикулярные вены не предоставляется возможным), улучшение эстетического состояния кожи, уменьшение болевых ощущений. Однако я понимаю, что данная процедура не является 100% прогнозируемой и может выражаться как в полном устранении косметического дефекта, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

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 возможность развития варикозного расширения вен той же или других локализаций.

Также я предупрежден(а) о следующих возможных осложнениях и последствиях после проведения склеротерапии: зуд кожи, появление кровоизлияний («синячков») в местах уколов, боль в зоне проведения вмешательства, развитие уплотнений по ходу склерозированных вен, появление гиперпигментации по ходу склерозированных вен, мэттинг (появление скопления сосудистых звездочек). В редких случаях возможны: повышение температуры тела, втяжения кожи, воспаление вены (флебит или тромбофлебит), развитие болезней глаза (скотома, мерцательная скотома), нарушение дыхания (кашель, отдышка), желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, диарея, сухость во рту), образование язв (некрозов) кожи в зоне проведения процедуры. Крайне редко: появление зон пониженной чувствительности кожи, кровотечение во время или после процедуры, некроз мягких тканей, развитие лимфидемы (лимфатического отека конечности), повреждение соседних образований (артерий, нервов, мышц), неврологические нарушения (головная боль, мигрень, нарушения чувствительности, головокружение, потеря сознания, спутанность сознания, инсульт), местные (эритема, крапивница, дерматит, отек), или системные (анафилактический шок, астма).

Лечащим врачом **мне разъяснено**, что в большинстве случаев данные последствия устранимы, однако при их стойком сохранении следует обратиться в ООО «ЭСТЕТИК ЛАЙФ» или другую медицинскую организацию для исключения опасных осложнений.

Также **я проинформирован(а)** о необходимости выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. В частности, мне известно о необходимости **пешей прогулки** после процедуры в течение 30 минут. Также я предупрежден(а), что должна использовать **компрессионный трикотаж** в течение 2-3 недель после процедуры.

Я даю согласие на фотографирование и видеосъемку, понимая, что эти материалы останутся собственностью центра. Я разрешаю публиковать эти фото- и видео- данные или связанную с ними информацию в профессиональных изданиях, книгах, использовать с целью обучения или научно-исследовательских целях. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

Дата « ____ » _____ 2024 г. Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____