Информированное добровольное согласие на удаление доброкачественных новообразований кожи

Я, _____

ФИО гражданина либо законного представителя

_____ зарегистрированный по адресу:

дата рождения гражданина или законного представителя,

_____

адрес регистрации гражданина либо законного представителя

проживающий по адресу: _____ и

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)

_____

дата рождения пациента (при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____ (в

случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «Никор-2 »

Я получил(а) разъяснения по поводу предстоящего удаления доброкачественного новообразования кожи _____.

Мне разъяснено, что _____ является наилучшим методом

(наименование метода удаления)

лечения заболевания. Мне разъяснены, и я понимаю особенности предстоящего лечения.

Мне разъяснено врачом _____,

Фамилия И.О. врача

что рекомендованный способ лечения связан с риском и возможны осложнения.

Я предупрежден(а) о том, что удаление бородавок, моллюсков, папиллом, остроконечных кондилом и т. д. возможно после проведения курса лечения, определенного врачом (особенно при удалении крупных образований (более 1 кв. см), подошвенных бородавок, при выраженном гиперкератозе элементов).

Я уведомлен(а) о том, что после удаления новообразования могут возникнуть проходящее чувство жжения, болезненность, временное покраснение кожи вокруг раны, пигментация (как отдаленные последствия у лиц со склонностью к гиперпигментации или после солнечного облучения), нагноение (редко, в случае инфицирования ранки), рубцы (редко, у лиц со склонностью к образованию рубцов, после удаления глубоких элементов, при несоблюдении правил ухода за раной).

Я предупрежден(а), что после проведения процедуры необходимо: в течение 14 дней не мочить место манипуляции, исключить травмирующие факторы (распаривание, механические воздействия, удаление корочки, физиотерапевтические и косметические процедуры, способные нарушать целостность кожи, раздражать или загрязнять ее), обрабатывать ранку раствором антисептика 3 раза в день до момента ее заживления, избегать инсоляции (солнечное облучение) до исчезновения следов от удаления.

Я уведомлен(а), что в ходе процедуры может возникнуть потребность в проведении местной анестезии.

Я подтверждаю, что уведомил(а) врача об известных мне повышенной чувствительности к медикаментам и предыдущих аллергических реакциях на лекарственные препараты.

Я подтверждаю, что поставил в известность лечащего врача о всех проблемах со здоровьем (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатитах С и В), аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а также злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Мне разъяснено мое право отказаться от медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения и разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства. При этом я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____,

Фамилия Имя Отчество

согласен на удаление доброкачественного новообразования кожи.

Я, _____,

Фамилия Имя Отчество

не согласен (на) на удаление доброкачественного новообразования кожи.

Пациент (его законный представитель)			
	Подпись		Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист			
	Подпись		Фамилия Имя Отчество

«___»_____ ____ г