**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение интимной биоревитализации**

**(**А 16.20.030)

Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам ООО «МЦ Ибн Сина» на проведение мне/моему подопечному медицинского вмешательства**:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(Ф.И.О. подопечного)

**\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения.

Врач**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(должность, ФИО)

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящей процедуре проведения интимной биоревитализации.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства: коррекция возрастных инволюционных изменений тканей влагалища и вульвы, основанный на инъекционном введении препаратов-биоревитализантов.

Мне разъяснено, что биоревитализация подразумевает безопасный и безболезненный метод коррекции половых органов препаратами гиалуроновой кислоты с целью омоложения и восстановления эластичности тканей. Инъекции препаратов гиалуроновой кислоты позволяют: возобновить собственный коллагеногенез и ангиогенез (образование новых кровеносных капилляров),обеспечить акварезерв и кислородный обмен в клеточном матриксе кожи, отрегулировать биобаланс и клеточный метаболизм, повышающие реконструктивный потенциал в тканях.

Мне разъяснено, что биоревитализация проводится в амбулаторных условиях.

Мне разъяснено, что биоревитализация требует простой предварительной подготовки: предварительное посещение гинеколога, проведение осмотра для сбора анамнеза и исключения противопоказаний. За 2 дня отказаться от употребления алкогольных напитков, курения, препаратов влияющих на свертываемость крови, в день процедуры принять душ и удалить волосы в интимной зоне. Процедуру можно провести в любой день цикла после завершения менструации. Чтобы исключить неприятные ощущения, манипуляцию лучше планировать на первую фазу цикла (7-12-й дни).

Мне разъяснено, что биоревитализация осуществляется следующим образом: пациентка располагается на кушетке, врач выполняет обработку антисептиком, для обезболивания применяется обезболивающий гель, затем врач вводит препарат тончайшими иглами в подслизистый слой тканей влагалища. Процедура может включать как отдельно биоревитализацию влагалища и вульвы, так и их одновременное лечение. Продолжительность процедуры составляет 20-30минут. Сразу после процедуры пациент отправляется домой и ведет привычный образ жизни. Длительность эффекта процедуры варьируются и в целом длится до 6-12 месяцев, после чего курс можно повторить снова.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакциях (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и полностью согласен на её применение.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: рецидивы воспалительных заболеваний влагалища (герпес и др.); утрата нормального влагалищного биоценоза (микрофлоры); возрастная дистрофия и атрофия наружных половых органов; диспареуния, лейкоплакия, крауроз вульвы; снижение либидо и чувствительности влагалища.

Мне разъяснено, что имеется ряд противопоказаний к проведению медицинского вмешательства: инфекционные заболевания в острой форме; нарушение коагуляции крови; заболевания, передающиеся половым путем; злокачественные новобразвования; период гестации и кормления грудью.

Лечащий врач уведомил меня, что существуют побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: легкий дискомфорт, зуд. В течение 2-3 дней сохраняется легкая отечность. Эти симптомы не требуют медикаментозной коррекции и проходят самостоятельно за несколько дней.

Лечащий врач уведомил меня, что для ускорения восстановления первые дни после интимной контурной пластики стоит: Половую жизнь можно возобновить через 5-7 дней. На протяжении 10-14 дней лучше воздержаться от тепловых процедур (баня, сауна, горячая ванна), купания в открытых водоемах, применения тампонов.

Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: отказ от лечения.

**Мне разъяснено, что в процессе медицинского вмешательства допустимо увеличение стоимости, о чем меня уведомит врач.**

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, путём подписания отказа, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я понимаю, что отказ от медицинского вмешательства может повлечь осложнения и исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения.

Я внимательно ознакомился/лась и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен(а) судом в дееспособности, не признан(а) недееспособным/ой вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лечащим врачом.

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина/законного представителя) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)