# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

# НА МАНИПУЛЯЦИЮ ПОЛУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО СГУСТКА

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со *ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*, сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, **,** даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены, получения и применения тромбоцитарного сгустка в ООО «Стоматология на Таганке».

Решение вопроса о методе и объеме манипуляции по забору крови и получению тромбоцитарного сгустка доверяю медицинскому персоналу клиники.

Мне пояснили, что для получения тромбоцитарного сгустка у меня возьмут несколько миллилитров крови из вены в специальную пробирку, которую затем подвергнут центрифугированию для отделения тромбоцитарной массы. После центрифугирования один или несколько тромбоцитарных сгустков будут помещены непосредственно в процессе хирургического вмешательства в раневую поверхность – лунку удаленного зуба, место костной или мягкотканной пластики, гайморовы пазухи при синус-лифтинге и дру4гиеместа в полости рта, где проводятся хирургические вмешательства в соответствии с планом лечения.

Я согласен(а) с тем, что количество процедур центрифугирования крови и количество забранной крови будетопределяться всоответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, а также целевым назначением манипуляции, местом применения сгустка.

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Место для взятия крови из вены выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти. Вовремяманипуляциивзятиякровиизвенымогутвозникнутьнепредвиденныеситуациииосложнения,требующиемедицинскойпомощи,атакжеобстоятельства,препятствующиевыполнениюданнойманипуляциииливыявитьсяситуация,требующаяизмененияпланаманипуляции.Всвязисэтимуполномочиваюмедицинский персонал клиникивыполнитьлюбуюпроцедуруилидополнительноевмешательство,котороеможетпотребоватьсявцеляхлечения,атакжевсвязисвозникновениемнеопределенныхситуаций и осложнений.

Тромбоцитарный сгуток применяется в хирургической стоматологи для улучшения заживления ран и лунки зуба после удаления, более быстрого роста сосудов при костной и мягкотканной пластике, синус-лифтингах и иных реконструктивных операциях в полости рта, в том числе приустановке дентальных имплантатов.

Яосведомлен(а)обовсехвозможныхосложнениях,которыемогутпроизойтивовремяипослеманипуляции взятия крови из вены: отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль.

Я также осведомлен(а)обовсехвозможныхосложнениях,которыемогутпроизойтивовремяипослеманипуляции применения тромбоцитарного сгустка – нагноение, отек, боль, рассасывание или выпадение сгустка, кровотечение, расхождение швов, вторичное инфицирование. Также я уведомлен, что после центрифугирования крови нужный врачу сгусток может не получиться, что потребует либо взятия новой порции крови из вены, либо пересмотра плана лечения без применения тромбоцитарного сгустка.

Получение и применение тромбоцитарного сгустка является отдельной медицинской манипуляцией и подлежит оплате по прайсу на момент оказания услуги.

Мне известно, что после применения тромбоцитарного сгустка врачом часто назначается медикоментозное лечение с применением антибиотиков и других препаратов, которые снижают риск осложнений хирургического лечения и вторичного инфицирования. Нарушение назначенной врачом медикаментозной терапии может негативно сказаться на медицинском прогнозе манипуляции по применению тромбоцитарного сгустка и отрицательно повлиять на весь план лечения стоматологических заболеваний.

Я согласен(а),что манипуляция взятия крови из вены и хирургические манипуляции в полости рта болезненны и могут выполняться в том числе и с применением местной анестезии, я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Вслучаевозникновениянеотложныхситуацийдаюсогласиенагоспитализациювспециализированноелечебноеучреждение.

Я предупрежден(а) о режиме после взятия крови из вены и рекомендациях: не удалять лечебную повязку ранее чем через 20 минут после процедуры, держать руку согнутой в локтевом суставе не менее 10 минут после процедуры, при появлении отека, боли, увеличивающейся гематомы, кровотечения не греть, не смазывать, не заниматься самолечением и незамедлительно обратиться к врачу.

Я уведомлен(а) о возможных последствиях и полной утрате гарантийных обязательств при нарушении режима лечения, предписанного врачом.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г