

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение процедуры «Криотерапия общая (криокамера)»**

Я,

г.р.

(ФИО пациента, дата рождения)

на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Велнес «Дейли Лайв» на проведение мне процедуры «Криотерапия общая (криокамера)» медицинским работником:**

(ФИО медицинского работника)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры медицинский работник проинформировал меня:

1.1. О показаниях к применению процедуры:

- Заболевания опорно-двигательного аппарата. Артриты (в том числе ревматоидный), артрозы, дегенеративные изменения позвоночника (остеохондроз, протрузии, грыжи), последствия травм костно-мышечных структур;
- Кожные проблемы. Псориаз, атопический дерматит, экзема, себорея, угревая сыпь (акне);
- Неврологические и другие состояния. Невриты, радикулиты, головные боли напряжения, мигрень, синдром вегетативной дистонии. В отдельных случаях — при ДЦП, рассеянном склерозе, миастении, паркинсонизме;
- Некоторые заболевания дыхательной системы. Бронхиальная астма, хронический бронхит — но только вне обострения;
- Нарушения в работе других систем. Начальные стадии гипертонической болезни, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа;
- Психоэмоциональные и общие состояния. Синдром хронической усталости, астено-невротический синдром, депрессии, стрессовые состояния, нарушения сна;
- В восстановительной медицине и спортивной практике. Для ускорения восстановления после интенсивных физических нагрузок, травм (растяжения, ушибы), операций. Также применяется для повышения выносливости, улучшения адаптации к нагрузкам.

1.2. О противопоказаниях к проведению процедуры:

1.2.1. Не допускается проведение процедуры пациентам, имеющим в анамнезе:

- онкологические заболевания;
- эпилепсия или другие судорожные припадки;
- клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства);
- тяжёлые сердечно-сосудистые патологии;
- сосудистые проблемы;
- индивидуальная непереносимость холода (холодовая аллергия);
- гипертермия (повышение температуры тела) более 38°C;
- неконтролируемая артериальная гипертония;
- гипотония (снижение артериального давления более чем на 40 мм рт. ст. от исходного);
- некоторые неврологические заболевания;
- нарушения свёртываемости крови или приём антикоагулянтов;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- криоглобулинемия;
- заболевания щитовидной железы;
- острые респираторные заболевания, синуситы, нарушения проходимости евстахиевых труб и каналов, соединяющих придаточные пазухи носа с внешней средой.

1.2.2. Не допускается проведение процедуры:

- при острых заболеваниях и при обострении хронических заболеваний;
- период беременности и лактации.

Я отрицаю наличие у меня любого из перечисленных в п. 1.2.1-1.2.2 состояний и фактов, которые являются противопоказаниями к проведению процедуры.

1.3. О процедуре, методе ее проведения и предполагаемом результате:

Общая криотерапия (криокамера) — это физиотерапевтическая процедура, при которой тело человека кратковременно (обычно 2–3 минуты) подвергается воздействию экстремально низких температур (от –110 °С до –160 °С) в специальной криокамере. Голова при этом остаётся снаружи, чтобы избежать переохлаждения дыхательных путей.

Криотерапия основана на кратковременном воздействии экстремально низких температур (до –160°C), что вызывает рефлекторный спазм сосудов с последующим их резким расширением. Это стимулирует кровообращение, ускоряет обмен веществ, снижает воспаление. Холод блокирует болевые рецепторы, уменьшая дискомфорт, активизирует выброс эндорфинов. Криотерапия усиливает регенерацию тканей и укрепляет иммунитет за счёт стрессовой реакции организма на переохлаждение. Метод эффективен в спортивной медицине, реабилитации, косметологии.

Криокамера — это современное оборудование для криотерапии, используемое для локального или общего охлаждения организма.

Камера создаёт экстремально низкие температуры (до -160°C) с помощью жидкого азота или охлаждённого воздуха. Сеанс длится 2–3 минуты, за счёт чего стимулируется кровообращение, уменьшаются воспаления и ускоряется восстановление мышц. Субтотальный охват кожного покрова — до 98,3%.

Ход процедуры: Сеанс проходит в несколько этапов, обеспечивая безопасное и комфортное воздействие экстремально холода. Перед терапией пациент получает инструктаж, переодевается в специальную защитную одежду (носки, перчатки, маску) для предотвращения обморожения. Затем он заходит в криокапсулу, где температура опускается до -110 – -160°C .

Процедура длится 2–3 минуты: первые секунды ощущается резкий холод, но благодаря сухому воздуху дискомфорт минимален. В течение сеанса тело охлаждается, активируя терморегуляцию, выброс эндорфинов. После завершения пациент выходит из капсулы, выполняет лёгкие упражнения для восстановления кровообращения.

Криотерапия проводится курсом из 10–15 сеансов для максимального эффекта. Современные криокапсулы оснащены датчиками контроля, что исключает риски переохлаждения. Процедура безболезненна, не требует реабилитации. Точный курс назначается врачом с учетом индивидуальных особенностей организма пациента.

Предполагаемый результат: Сеансы активируют адаптационные механизмы организма, стимулируя выброс эндорфинов, снижая уровень воспаления. Под влиянием экстремально холода улучшается микроциркуляция крови, ускоряется восстановление мышц после нагрузок. Процедура способствует уменьшению отёков, замедляет процессы старения кожи за счет выработки коллагена. Также криотерапия усиливает иммунный ответ, повышая сопротивляемость инфекциям. У пациентов отмечается улучшение настроения, снижение стресса благодаря воздействию на нервную систему. Важным эффектом является ускорение метаболизма, что может помочь в коррекции веса.

1.4. О возможных осложнениях и нежелательных последствиях:

- головокружение или слабость;
- локальное холодовое повреждение;
- обострение сосудистых реакций;
- аллергическая реакция;
- общие стрессовые реакции;
- иные осложнения в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента.

1.5. Об альтернативных методах лечения: отсутствие лечения вовсе; контрастные водные процедуры; закаливание; физиотерапевтические методы; массаж с охлаждающими или тонизирующими средствами и др.

1.6. О необходимости соблюдения рекомендаций:

После криотерапии важно избегать резких перепадов температуры — не посещать сауну, баню или душ в течение 2–3 часов. Оптимально выпить тёплый чай, дать телу постепенно адаптироваться. Не нагружайте организм интенсивными тренировками в первые 6–8 часов, чтобы не снизить эффект от процедуры. Рекомендуется лёгкая активность для улучшения кровообращения, например, ходьба. Увлажняйте кожу гипоаллергенным кремом, если проводилась локальная криотерапия. При головокружении или ознобе отдохните 10–15 минут в теплом помещении. Для максимального результата соблюдайте курс процедур, рекомендованный специалистом.

Я понимаю, что соблюдение всех рекомендаций помогает устранить риск нежелательных последствий.

2. Я был(а) уведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что при несоблюдении мной рекомендаций мной не будут предъявлены претензии по качеству оказания медицинских услуг по данной процедуре в случае возникновения каких-либо осложнений и нежелательных последствий.

3. Я обязуюсь сообщать медицинскому работнику обо всех жалобах и обстоятельствах, возникающих до, во время и после проведения процедуры и понимаю, что медицинский работник и организация не несут ответственности за возможные осложнения и негативные последствия, о наличии которых я не сообщил(а).

4. Хотя процедура имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является медицинской процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

5. Я максимально в полном объеме сообщил(а) Медицинскому работнику достоверную информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:

- о любых принимаемых препаратах, в том числе гормональных средств и иных, обезболивающих и противовоспалительных препаратах;
- травмах, операционных и анестезиологических вмешательствах;
- аллергических реакциях (в т.ч. отек Квинке, анафилактический шок);
- индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ;
- о хронической сопутствующей патологии, вредных привычках, принимаемых лекарственных препаратах, состоянии беременности;
- о проведении подобной процедуры ранее и её результатах:

(при наличии указать)

6. Я проинформировал(а) медицинского работника о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

7. Понимая сущность процедуры «Криотерапия общая (криокамера)» и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

8. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
9. Я подтверждаю, что медицинский работник уведомил меня о возможности ознакомиться с составом используемых лекарственных препаратов и задать все имеющиеся вопросы относительно них.
10. Я получил (а) полную информацию о процедуре, и мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедуры «**Криотерапия общая (криокамера)**» и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.
11. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.
12. Я подтверждаю свое согласие на процедуру на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.
13. Медицинский работник: Я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил Пациенту суть процедуры «**Криотерапия общая (криокамера)**», её показания, противопоказания, методику выполнения, результаты и возможные негативные последствия проведения, требования и рекомендации, а также ответил Пациенту в доступной форме на все заданные вопросы.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата " ____ " _____ 20__ г.

Медицинский работник _____
(подпись)

Дата " ____ " _____ 20__ г.