

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение процедуры «Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) /
внутривенное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК)»**

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 «Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) / внутривенное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК)»** (нужное подчеркнуть) **медицинским работником:**

(ФИО медицинского работника)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры медицинский работник проинформировал меня:

1.1. О показаниях к применению процедуры:

- кровопотеря: острая потеря крови в результате травмы или операции; хронические кровопотери при заболеваниях, таких как язвенная болезнь и рак;
- анемия: железодефицитная анемия; анемия при хронических болезнях; аутоиммунная анемия;
- геморрагический шок: необходимо быстрое восстановление объема крови и нормализация гемодинамических показателей;
- гемофилия и другие коагулопатии: для коррекции нарушений свертываемости крови;
- состояния после хирургических вмешательств: для восстановления объема крови и улучшения состояния пациента;
- патологии, требующие замены компонентов крови: тромбоцитопения; низкий уровень белков плазмы.

1.2. О противопоказаниях к проведению процедуры:

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

- аллергические реакции: у пациента имеется аллергия на донорскую кровь или ее компоненты;
- некорректные показания: переливание крови нецелесообразно при легких формах анемии, где хватает консервативного лечения;
- гемодиализ и другие методы очистки крови: в некоторых случаях использование трансфузии может противоречить проводимым процедурам;
- инфекционные заболевания: у пациента активная инфекция, риск ухудшения состояния;
- иммуноопосредованные реакции: у пациентов с ранее перенесенными реакциями на трансфузии может быть высокий риск повторной реакции;
- некоторые аутоиммунные заболевания: переливаемая кровь может усугубить риск иммунных реакций;
- острые респираторные заболевания, синуситы, нарушения проходимости евстахиевых труб и каналов, соединяющих придаточные пазухи носа с внешней средой;
- психические заболевания;
- эпилепсия.

1.2.2. Не допускается проведение процедуры:

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

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

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

ЛОК – внутривенное лазерное облучение крови – это один из методов светотерапии, основанный на воздействии энергии кванта на кровь непосредственно в сосудистом русле.

Цель ЛОК. Я поставлен(а) в известность, что ЛОК обладает обезболивающим, биостимулирующим, антибактериальным, иммуностимулирующим, противоотечным, противовоспалительным действием, и широко применяется в кардиологии, пульмонологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, гинекологии, урологии, дерматологии, и др.

Методика проведения ЛОК. В поверхностную локтевую вену заводят одноразовый световод и оставляют там на некоторое время. Длительность сеанса зависит от типа лазера и вида болезни.

Показания к применению ЛОК, а также длительность курса процедур определяются врачом.

УФОК — ультрафиолетовое облучение крови, которое выполняют под маломощным лучом ультрафиолетового света.

Цель УФОК. Воздействие ультрафиолетового света на кровь пациента дает комплексный эффект: насыщение кислородом тканей и органов; расширение сосудов, снижение рисков образования тромбов; активизация процессов детоксикации и обмена веществ в организме; повышение иммунитета.

Методика проведения УФОК. Для проведения процедуры УФОК используется специальный источник ультрафиолетового излучения низкой интенсивности. В вену пациента устанавливают катетер, через который кровь поступает в контур аппарата и после завершения облучения снова возвращается в венозную систему. Одна процедура длится от 5 минут (при первом сеансе), до 10-15 минут (при последующих сеансах). Для получения ожидаемого терапевтического эффекта требуется провести 5-10 сеансов.

Показания к применению УФОК, а также длительность курса процедур определяются врачом.

Предполагаемый результат: эффект накапливается в течение 2–3 месяцев и может сохраняться до 6–12 месяцев. Для закрепления результата врач может порекомендовать повторить курс через 6 месяцев. Улучшается микроциркуляция и снижается вязкость крови; усиливаются обменные процессы и регенерация тканей; нормализуется работа иммунной системы; оказывает противовоспалительное и дезинтоксикационное действие; повышается устойчивость тканей к кислородному голоданию.

1.4. О возможных осложнениях и нежелательных последствиях:

Процедуры ЛОК И УФОК, как правило, не вызывают осложнений. В некоторых случаях возможны боль и дискомфорт в области процедуры, образование синяка (гематомы), аллергические реакции.

1.5. Об альтернативных методах лечения: отсутствие лечения вовсе; консервативные методы лечения в зависимости от показаний и др.

1.6. О необходимости соблюдения рекомендаций:

- Спокойный режим: избегайте резких физических нагрузок сразу после процедуры.

- Отдых.

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 **«Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) / внутривенное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК)»** 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 **«Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) / внутривенное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК)»** 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 **«Внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК) / внутривенное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК)»**, 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.