

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение процедуры «Плазмаферез»

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 «Плазмаферез» медицинским работником:**

(ФИО медицинского работника)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры медицинский работник проинформировал меня:

1.1. О показаниях к применению процедуры:

- гемотрансфузионные реакции, гемолиз и рабдомиолиз (синдром длительного сдавления, позиционного сдавления);
- острые интоксикации (при отравлении веществами с высоким сродством к плазменному альбумину - например при отравлении грибами) в сроки циркуляции токсина в плазме (24-36 часов);
- гнойно-септические осложнения, сопровождающиеся выраженным эндотоксикозом при диагностированных и дренированных гнойных очагах;
- острые воспалительные заболевания органов брюшной и грудной полостей, сопровождающиеся выраженной интоксикацией;
- респираторный дистресс-синдром, массивные пневмонии;
- аутоиммунные процессы (бронхиальная астма, фиброзирующий альвеолит, аллергические дерматиты, гранулематоз, васкулиты, ревматоидный полиартрит, красная волчанка и др.);
- стойкие токсемии (печеночная и почечная недостаточность, токсикозы беременных, резус-конфликт);
- хронические интоксикации производственного и экологического характера;
- медикаментозные интоксикации, наркомания, токсикомания, алкоголизм;

1.2. О противопоказаниях к проведению процедуры:

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

- необратимые повреждения головного мозга и других жизненно важных органов;
- терминальные состояния;
- активное неконтролируемое кровотечение, продолжающееся кровотечение.

1.2.2. Не рекомендуется проведение процедуры:

- повышенная кровоточивость или высокий риск кровотечений (при язвенной болезни или эрозиях желудочно-кишечного тракта (при проведении процедуры мембранного плазмафереза недопустимо применение гепарина);
- нестабильность гемодинамики;
- гипотензия;
- острые инфекционные заболевания (плановым больным следует сделать перерыв в процедурах на 2-3 недели после выздоровления);
- менструация;
- макроглобулинемия, криоглобулинемия, болезнь Вальденстрема, миеломная болезнь.

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:

Плазмаферез — это медицинская процедура, при которой часть плазмы крови удаляют из организма, очищают и возвращают обратно вместе с клеточными элементами (эритроцитами, лейкоцитами, тромбоцитами). По сути, это метод экстракорпоральной гемокоррекции, то есть очищения крови вне тела.

Ход процедуры. Во время процедуры кровь пациента забирают из вены и пропускают через специальный аппарат. В нём кровь разделяется на фракции: жидкую часть (плазму) и клеточные элементы. Плазму, которая может содержать токсины, патологические антитела, иммунные комплексы, избыток гормонов, продуктов нарушенного обмена или лекарственных препаратов, удаляют. Клеточные элементы возвращают в организм, а их объём восполняют замещающими растворами (физиологический раствор, донорская плазма, коллоидные или кристаллоидные растворы).

По методу разделения крови выделяют несколько видов:

Мембранный. Кровь фильтруют через специальную мембрану с порами определённого размера. Этот метод считается более щадящим, так как не повреждает клетки.

Центрифужный. Разделение происходит за счёт вращения крови в центрифуге.

Каскадный. Полученную плазму дополнительно фильтруют, что позволяет удалить более крупные патологические молекулы. Применяется при тяжёлых формах заболеваний.

Криоплазмаферез. Плазму замораживают, а при следующем сеансе нагревают, центрифугируют и возвращают пациенту.

По цели применения различают **терапевтический** (для лечения) и **донорский** (забор плазмы для медицинских целей) плазмаферез.

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

Предполагаемый результат: происходит обновление клеток крови, в лечении наблюдается положительная динамика. Плазмаферез — это чаще всего не самостоятельное лечение, а вспомогательный метод. Он создаёт «окно», чтобы основная терапия (таблетки, инъекции, другие процедуры) работала эффективнее.

1.4. О возможных осложнениях и нежелательных последствиях:

Процедура, как правило, не вызывает осложнений. В некоторых случаях возможны боль и дискомфорт в области процедуры, образование синяка (гематомы), аллергические реакции, сбой сердечного ритма, нарушение свертываемости крови, анафилактический шок, дыхательная недостаточность, онемение конечностей.

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 «**Плазмаферез**» 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 «**Плазмаферез**» и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих 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 «**Плазмаферез**», 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.