Приложение к Договору об оказании платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Кемерово \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**о порядке проведения склеротерапии.**

Согласно п. 8 Договора об оказании платных медицинских услуг, в договор, заключенный 03.07.2023 г. вносятся следующие дополнения:1. Приложение о порядке проведения комбинированного лазерного лечения варикозной болезни, содержащего: 1.1. Информированное согласие (Приложение 1.1.); 1.2. Памятка пациенту (Приложение 1.2.); 1.3.; График и порядок оплаты услуг (Приложение 1.3.); 1.4. Акт оказанных медицинских услуг (Приложение 1.4.).

Приложение 1.1.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ).

1. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на основании Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ находясь на лечении в **ООО «****Покровмед»** без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, с указанием даты начала курсового лечения**:** которое будет нести эстетическую и/или лечебную направленность.
2. Я ознакомлен с составленным врачом планом лечения для выполнения медицинского вмешательства, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.
3. Я информирован, что в случае возникновения необходимости внесения изменений в план лечения и других видов лечения, я буду проинформирован лечащим врачом дополнительно о целесообразности новых диагностических исследований, лечебных манипуляциях, методах лечения и их возможных последствиях.
4. Я информирован, что не исключена необходимость отклонения от намеченного плана лечения в случае действия или выявления ранее неизвестных, непредсказуемых или чрезвычайных обстоятельств. В этом случае я полностью доверяюсь опыту и профессионализму врача. Я понимаю, что в ходе выполнения вмешательства может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в согласии. Я доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтёт необходимым для улучшения моего состояния.
5. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний у меня, или моего представляемого, возрастных изменений моего организма, организма моего представляемого, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.
6. Я информирован о вероятных осложнениях, которые могут развиться в процессе или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

* жжение – зуд кожи, в области манипуляций;
* глубокие некрозы кожи и поверхностные некрозы кожи, повреждение нервов;
* гиперпигментация и вторичные телеангиоэктазии;
* дыхательные нарушения: затруднение вдоха, тяжесть за грудиной, кашель, чувство саднения, жжения в дыхательных путях;
* неврологические нарушения: мигренеподобные боли, нарушения зрения, речи, транзиторные ишемические атаки и нарушения мозгового кровообращения;
* флебит подкожных вен, развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства, которые исчезают через 2-12 месяцев;
* в редких случаях через 2-4 недели после лечения по ходу склерозированной вены может появиться тонкая красноватая сосудистая «сетка», обычно самостоятельно исчезающая в течение 4-6 месяцев.
* симптоматический тромбоз глубоких вен и лёгочная эмболия с вероятным развитием летального исхода.

1. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного эффекта.
2. Я информирован об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
3. Я информирован о том, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных вмешательств.
4. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому персоналу ООО «Покровмед» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток.
5. Я информирован об ответственности за предоставление неполной, искажённой или ложной информации о своём состоянии, реакциях организма, перенесённых заболеваний, травмах, и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
6. Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, графика посещения специалистов могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
7. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.
8. Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником

врач- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись пациента)*

1. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств и использование компрессионного трикотажа.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись пациента)*

1. Я, согласен на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители. Я даю согласие на использование своих изображений произведенные во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников меди-

цинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, а также в целях осуществления контроля качества оказания медицинской помощи с учётом сохранения врачебной тайны.

1. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
2. Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан. Я информирован о результатах моего обследования в связи с предстоящим вмешательством, о поставленном диагнозе, о методах и способах выполнения предложенного лечения. Я информирован о поведении после проведенного медицинского вмешательства. Я информирован о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО «Покровмед»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись и Ф.И.О. пациента /– автограф, фамилия, имя, отчество полностью)*

Я свидетельствую, что информировал пациента на понятном ему языке о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, дал ответы на заданные вопросы. Я полагаю, что пациент проинформирован должным образом.

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

Расписался в моем присутствии:

Врач *(Ф.И.О.)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ˅ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 1.2.

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКЛЕРОТЕРАПИИ (ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ, СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ)**

**О склерооблитерирующих методах лечения варикозной болезни**

Смысл склерооблитерирующих методов лечения заключается в закрытии пораженной варикозом вены, за счет введения в нее различных лекарственных препаратов. Продолжительность вмешательства 20-30 минут. По окончании процедуры на ногу надевают компрессионный чулок (лечебный компрессионный трикотаж 2 класса (3 класса) компрессии с убывающим градиентом давления соответствующий европейскому стандарту RAL-GZ 387/1). Далее начинается процесс «рассасывания» вены, который может занимать 2-6 месяцев, в течение которых происходит формирование тонкого соединительнотканного тяжа и его практически полное исчезновение через 1-1,5 года. Обычно сеансы склеротерапии проводятся один раз в неделю. Продолжительность лечения зависит от стадии и формы заболевания и определяется лечащим врачом. Положительный косметический результат лечения проявляется не ранее, чем ***через 2-8 недель*** после окончания склеротерапии.

**Перед лечением:**

* Обязательно сообщите врачу, если вы принимаете гормональные препараты (контрацептивы, эстрогены и др.),
* Обязательно сообщите врачу о наличии у вас на момент медицинского вмешательства менструации (части менструального цикла женского организма, сопровождающегося кровотечением).
* **Внимание:** медицинское вмешательство не проводится до момента окончания менструации!
* Если вы имеете подтвержденный порок сердца или ранее при проведении склеротерапии отмечали появление неврологических симптомов (двоение в глазах, выпадение полей зрения, нарушения речи, мигрене-подобные головные боли) в обязательном порядке предупредите об этом Вашего лечащего врача.
* Прекратите прием аспирина, трентала, ибупрофена и других противовоспалительных препаратов за 2 суток перед лечением. Эти лекарства могут повысить кровоточивость тканей и увеличат риск образования синяков

**Накануне:** - не следует проводить эпиляцию, использовать лосьоны, кремы; - примите гигиенический душ, вымойте ноги обычным или антибактериальным мылом.На лечение приходите в удобной, просторной одежде и обуви, Необходим лёгкий завтрак.

* Уточните у своего лечащего врача режим эластичной компрессии (когда можно первый раз снимать чулок и мыть ногу, как долго необходимо спать в компрессии и на протяжении какого срока использовать ее непрерывно) и строго следуйте его назначениям.

**После медицинского вмешательства:**

* Сразу после процедуры Вам будет рекомендована пешая прогулка на протяжении 30-40 минут. Уделите этой прогулке должное внимание, т.к. она необходима для полноценной эвакуации препарата из глубоких вен и для предотвращения образования в них тромбов. Во время прогулки следует полноценно сгибать ногу в коленном и голеностопном суставах и сокращать икроножную мышцу.
* В редких случаях у пациентов с большим объемом варикозного поражения вен в первые сутки после склеротерапии появляется чувство легкого недомогания и/или головокружения, повышается температура тела до 37-38 оС. Эти изменения самочувствия быстро проходят после приема нестероидных противовоспалительных средств (например, ацетилсалициловая кислота, ибупрофен). При головокружении необходимо несколько минут посидеть или полежать. Обо всех изменениях самочувствия на время прохождения курса склеротерапии необходимо информировать Вашего лечащего врача.
* В первый раз после снятия компрессионного бандажа или медицинского трикотажа Вы можете обнаружить кровоизлияния в области выполненных инъекций, потемнение кожи, наличие припухших и болезненных вен. Данные реакции являются типичным последствием склеротерапии, поэтому не стоит их опасаться.
* Не ограничивайте физическую активность. Ежедневно не менее 1 часа ходите пешком;
* Избегайте длительное время нахождения в положении сидя и/или стоя;
* Согласно предписанию врача, нельзя несколько дней снимать компрессионный чулок. В разрешённое время чулок можно снять и убрать дополнительный бандаж (ватные подушечки) и принять душ. Режим и сроки ношения компрессионного трикотажа определяются лечащим врачом.
* Нельзя загорать. Первые 14 дней места инъекций препаратов должны тщательно скрываться от прямых солнечных лучей. Загар тормозит процесс восстановления. Тоже относится к посещению солярия.
* В течение 4 недель не принимайте горячих ванн, можно только душ.
* 3 месяца не посещайте сауну и баню.
* В первые 3 суток после склеротерапии не следует заниматься аэробикой, гимнастикой и на велотренажере, затем занятия возможны в компрессионном трикотаже.

***Какие могут быть побочные эффекты?***

* По ходу склерозированной вены могут наблюдаться уплотнение и покраснение, обычно на 3-5 сутки.
* Болевые ощущения не выражены, но иногда отмечаются тянущие ощущения по ходу вены в течение 2 недель.
* Изредка бывает повышение температуры дела до 380, которое проходит самостоятельно.
* В ряде случаев отмечается снижение кожной чувствительности в области склерозированной вены.
* Временное потемнение кожи по ходу склерозированной вены отмечается у 10-15% пациентов. Светло-коричневые полоски кожи в отдельных случаях могут сохраняться до 1 года.
* Шелушение кожи отмечается менее чем в 1% наблюдений. При этом на месте инъекции образуется небольшая поверхностная ранка, бесследно заживающая через 2-4 недели.
* Аллергические реакции очень редки. Их риск более высок у пациентов, имеющих аллергию на другие виды медикаментов.
* Боль в местах инъекций или по ходу склерозированной вены отмечают в некотором количестве случаев. Тянущая боль в местах инъекций обычно возникает при физической нагрузке и может длиться в течение 2-5 недель
* В очень редких случаях через 2-4 недели после лечения по ходу склерозированной вены может появиться тонкая красноватая сосудистая "сетка", обычно самостоятельно исчезающая в течение 4-6 месяцев.
* Кратковременный отёк в области лодыжки может наблюдаться при лечении варикозных вен и сосудистых "звездочек", расположенных в этой зоне, а также при ношении во время лечения обуви на высоком каблуке или с узкой колодкой
* Воспаление вены - тромбофлебит - редкое осложнение лечения, возникающее в 1 случае на 1000 пациентов. Тромбофлебит возникает при нарушении предписаний врача и преждевременном снятии компрессионного чулка.

В тех случаях, когда у Вас появились признаки кровотечения, инфекционных осложнений (повышение температуры тела, покраснение в области послеоперационных ран), боли в икроножных мышцах, отеки нижних конечностей, боли за грудиной, одышка, или какие-нибудь другие проблемы –обратитесь за помощью к Вашему оперирующему хирургу, либо в скорую медицинскую помощь.

Приложение 1.3.

ГРАФИК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ.

1. Установить следующий перечень предоставляемых услуг со сроками оплаты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Наименование услуги:***  ЭВЛК 2 магистральных вен с притоками (абн) - 7.2.2, Стволовая склеротерапия до 4 посещений (абн)-7.2.8, Склеротерапия поверхостных вен нижней конечности, эндоваскулярным доступом (абн) (IFB.13.014.006) | ***Стоимость услуги*** | ***Срок оплаты*** |
| р. |  |
| Всего: | р. |  |

1. Склеротерапия проводится в виде комплекса процедур, включающих введение склерозанта и контрольный осмотр врача не позднее, чем через 2 недели после последнего сеанса введения склерозанта. Максимальное количество процедур (посещений), включённых в комплекс оговаривается с врачом заранее и указывается в данном приложении.
2. Планируемый лечебный и/или эстетический эффект может быть достигнут при проведении меньшего количества посещений, указанного в данном приложении.
3. Не позднее чем через 2 недели, пациент должен обратиться на контрольный приём.
4. Гарантийный срок в области проводимых вмешательств, при строгом соблюдении всех рекомендаций врача (наличие контрольного приёма, сроки ношения компрессионного трикотажа, вид компрессионного трикотажа, приём лекарственных препаратов и т.д), 1 месяц с момента контрольного осмотра.
5. О стоимости комплекса склеротерапии информирован.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю своей подписью, что прочитал вышеизложенную информацию, она мне понятна, и выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе, в объеме и сроки, установленные настоящим приложением. О стоимости медицинских услуг и порядке оплаты информирован.

Подпись Пациента (или законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель: Директор ОП ООО «Покровмед» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Дорошенко Г. Г.

М.П.

Приложение 1.4.

31.08.2023

Акт оказанных медицинских услуг.

Исполнитель и Пациент (Заказчик) подписанием настоящего акта подтверждают следующее:

1. В период с по Исполнителем оказаны Пациенту (Заказчику) следующие медицинские услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование платной медицинский услуги | Срок окончания проведения услуги |
| ЭВЛК 2 магистральных вен с притоками (абн) - 7.2.2, Стволовая склеротерапия до 4 посещений (абн)-7.2.8, Склеротерапия поверхостных вен нижней конечности, эндоваскулярным доступом (абн) (IFB.13.014.006) |  |
| Даты сеансов склеротерапии: | |

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент (законный̆ представитель) претензий по объёму, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Подпись Пациента (или законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель: Директор ОП ООО «Покровмед» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Дорошенко Г. Г.

М.П.