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

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

**о порядке проведения комбинированного лазерного лечения варикозной болезни.**

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 *комбинированного лазерного лечения варикозной болезни***

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства, с указанием предполагаемой даты проведения вмешательства**:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  которое будет нести лечебную направленность в ООО «Покровмед».
2. Медицинским работником (Врач-хирург-флеболог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

1. Я информирован, что при проведении медицинского вмешательства может использоваться анестезия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид анестезии с указанием анестетика).

1. 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.
2. Я информирован о характере и возможных вариантах предстоящего медицинского вмешательства, с учетом сопутствующих заболеваний, возрастных изменений моего организма, лечебном режиме после данного медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и возможном изменении (снижении) качества жизни.
3. Я информирован о необходимости сообщить врачу и/или медицинскому работнику ООО «Покровмед» об известных мне реакциях у меня/ моего представляемого на приём и/или введение лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, в том числе:

*Аллергических анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, различные дерматиты,кожный зуд,аллергический ринит, конъюнктивит;*

*головокружение, тошнота, повышение температуры тела, рвота, дисбактериоз.*

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

*(указать тип реакции, если отмечалась ранее у меня, моего представляемого и указать лекарственное средство, вакцину, сыворотку)*

*Примечание: при автоматическом заполнении поля, после текста, вписать собственноручно: Подтверждаю и поставить подпись.*

1. Я информирован о всех возможных рисках и осложнениях, сопутствующих вмешательству, которые могут развиться вовремя или сразу после медицинского вмешательства, в том числе:

* Образование временного болезненного инфильтрата по ходу коагулированной вены, подкожные инфильтраты в области инъекций;
* Некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки;
* Воспаление подкожных вен, лимфоррея и лимфоцеле;
* Внутрикожные кровоизлияния, гематом;
* Повреждение нервов, ожоги кожи, повышении температуры до 380 до7 дней;
* Возникновение артериовенозной фистулы;
* Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен;
* Термоиндуцированный тромбоз;
* Аллергические реакции на вводимые препараты и/или местные анестетики;
* Развитие временной гиперпигментации и снижение кожной чувствительности в области медицинского вмешательства;
* Развитие венозного тромбоэмболизма, летального исхода.

1. Я информирован о необходимости последующего наблюдения у врача и проведения дополнительных методов лечения для достижения оптимального лечебного и/или эстетического 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, 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.
5. Я информирован, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.
6. 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.
7. Я информирован о необходимости и сроках проведения комплекса мероприятий по профилактике риска развития ВТЭО, включающих в себя, в том числе приём лекарственных средств до и после медицинского вмешательства 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 медицинских 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.
2. Памятка пациента получена мною лично в руки. Я информирован о её содержании.
3. 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*

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

*(подпись*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( дата оформления)

**Приложение 1.2.**

**ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО**

**ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ (ЭВЛК и склеротерапия)**

**Об эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК)**

Смысл ЭВЛК заключается в разрушении пораженной варикозом вены лазерным лучом. В результате этого вена постепенно превращается в тонкий подкожный рубчик и патологический кровоток прекращается . Продолжительность вмешательства 40-90 минут. Выполнение минифлебэктомии после завершения термооблитерации увеличивает общую продолжительность вмешательства. 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), которые следует носить согласно рекомендациям врача.

**Сколько потребуется лечебных процедур?** При необходимости, проводятся доп. сеансы склеротерапии оставшихся варикозноизмененных сосудов.

**Перед лазерным лечением обязательно сообщите врачу:**

* Если вы принимаете гормональные препараты (контрацептивы, эстрогены и др.);
* 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 принимаете Аспирин, Клопидогрель, Антикоагулянты (Прадакса, Ксарелто, Эликвис, Варфарин) и прочие препараты, влияющие на свертываемость крови, сообщите врачу и оговорите режим приёма препаратов перед и после медицинского вмешательства.

**Накануне ЭВЛК;**

- 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 за 20-30 минут до назначенного времени, Необходим легкий завтрак.

**!Во время проведения медицинского вмешательства воспрещается!:**

* Смотреть на лазерный луч и его зеркальное отражение без специальных защитных очков.

**После процедуры лазерного и/или комбинированного лечения:**

* Необходимо в течение 40 минут походить. Движения в оперированной конечности должны быть полноценными – сгибание в голеностопном, коленном суставах. Стопа при ходьбе работает, как бы постоянно перекатываясь с пятки на носок.
* Не ограничивайте физическую активность. Ежедневно не менее 1 часа ходите пешком;
* Избегайте длительное время нахождения в положении сидя и/или стоя;
* В течение первых суток после операции Вы можете отметить увлажнение повязки или компрессионного чулка в зоне выполненной анестезии, что является следствием вытекания введенного раствора через проколы кожи.
* Согласно предписанию врача, нельзя несколько дней снимать компрессионный чулок. В разрешенное время чулок можно снять и убрать дополнительный бандаж (ватные подушечки) и принять душ.
* !Режим и сроки ношения компрессионного трикотажа определяются лечащим врачом.
* 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.
* На протяжении месяца Вас могут беспокоить ощущения пульсации, «наливания крови», неинтенсивные тянущие боли по ходу облитерированной вены, что является закономерным проявлением процесса ее рассасывания.

**При проведении минифлебэктомии дополнительно:**

* в течение первых 12-24 часов после операции возможна кровоточивость ран Чаще всего это небольшие по объему выделения крови в виде пятен на повязке или трикотаже.
* На протяжении нескольких месяцев Вас могут беспокоить «утолщения», «уплотнения» либо «бугорки» в зоне проведения вмешательства, которые самостоятельно исчезнут.

**Какие могут быть побочные эффекты?**

* По ходу коагулированной 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 коагулированной вены.
* Временное потемнение кожи по ходу склерозированной вены отмечается у 5-8% 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.
* В местах наиболее крупных и поверхностных варикозных узлов могут образоваться уплотнения и вздутия (коагулы) - это нормальное явление, которое постепенно проходит. В некоторых случаях врач при контрольном осмотре может предложить пропунктировать коагулы и вздутие уходит.
* 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 отек 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
* Тромбофлебит возникает при нарушении предписаний врача и нарушении режима использования компрессионного трикотажа.
* 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 врачу, проводившему вмешательство, либо в скорую медицинскую помощь.

Приложение 1.3.

ГРАФИК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ.

1. Установить следующий перечень предоставляемых медицинских услуг (план лечения), с указанием стоимости и сроками оплаты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Предоплата |  | |
| ***Наименование услуги и дата планируемого вмешательства:***  ***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. Заказчик обязан внести предоплату в момент подписания данного приложения, оставшуюся сумму

не позднее даты медицинского вмешательства.

1. При наличии у Пациента полиса ДМС оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком, выдавшим Пациенту полис и заключившим с Исполнителем соответствующий договор. В этом случае Пациент оплачивает только те медицинские услуги, которые не включены в программу ДМС Пациента, с учётом суммы внесённой в качестве предоплаты в момент подписания настоящего соглашения.
2. Наблюдение пациента после Эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК), в сочетании со склеротерапией и/или минифлебэктомией предполагает медицинские осмотры по назначению лечащего врача в течение 200 дней, а именно: на **2, 7, 14, 45, 200** дни от даты проведения медицинского вмешательства. **Повторные консультации и ультразвуковые дуплексные исследования вен нижних конечностей не более 5 штук каждая со дня проведения медицинского вмешательства в течении 200 дней и, проводимые в амбулаторных условиях, входят** в стоимость настоящего приложения.
3. Если в течении одного календарного года, со дня проведения медицинского вмешательства возникает рецидив варикозной болезни, а именно появление варикозно-расширенных вен в зоне выполненного ранее медицинского вмешательства и при полном выполнении условий настоящего Приложения (Полное соблюдение рекомендаций лечащего врача, посещение специалиста по назначенному графику, использование компрессионного трикотажа, соответствующего стандартам компрессии) устранение рецидива (реЭВЛК, склеротерапия) осуществляется безвозмездно, за исключением повторных осмотров врача, повторных ультразвуковых дуплексных исследований вен нижних конечностей, перевязок и предоперационного обследования (анализы, экг, терапевт), которые оплачиваются отдельно.
4. Если медицинское вмешательство ЭВЛК было прервано по инициативе пациента, Стороны рассматривают данный факт, как односторонний отказ пациента от исполнения условий настоящего Приложения, являющегося неотъемлемой частью договора.
   1. Пациент вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с клиникой, возместив стоимость обследований и приёмов врачей-специалистов, а также фактически понесённые затраты клиники, направленные на обеспечение обязательств по данному приложению в размере 10000 (десять тысяч) рублей.
5. Факт оказания медицинских услуг подтверждается подписанием сторонами Акта оказанных медицинских услуг.
6. О стоимости комплексного лечения варикоза, включая ЭВЛК информирован.

Я, Селезнева Наталья Анатольевна 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. Об условиях, указанных в п. 6 информирован.

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

Исполнитель: Директор ОП Покровмед Дорошенко Г. Г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

М.П.

Приложение 1.4.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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 |
| 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) |
| Дата(-ы) повторного(-ых) приема(-ов): |

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.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА на применение терапии препаратом "вне инструкции" ("off-label")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, | **Селезнева Наталья Анатольевна** | |
| (Ф.И.О. пациента) | | |
| Получил от лечащего врача | | **Карсаян К.А.** |
| (Ф.И.О. лечащего врача) | | |

сведения о препарате апиксабан ***(Эликвис)***, а также подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению или способы введения не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати.

- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;

- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и

следующих побочных эффектов:

- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата ***апиксабан (Эликвис)***, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении мне.

Я имел возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено также моё право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | **Селезнева Наталья Анатольевна** |
| (Ф.И.О. пациента) | |

с применением вышеуказанным лекарственным препаратом апиксабан (Эликвис),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( прописью "согласен"/ "не согласен .)

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

(подпись с расшифровкой)

|  |  |
| --- | --- |
| Я, врач | **Карсаян К.А.** |
| (Ф.И.О. лечащего врача) | |

свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, риск и альтернативу введения лекарственного препарата, дал ответы на все вопросы. Я считаю, что пациент информирован должным образом.

|  |  |
| --- | --- |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата: 31.08.2023. |
| (подпись врача) |  |