

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ
«Пересадка волос»

Согласно ст. 20 Основ
об охране здоровья граждан в Российской
Федерации любое медицинское вмешательство,
имеющее своей целью диагностику,
профилактику
или лечение заболевания, допустимо только
после
получения врачом добровольного
информированного согласия пациента.
Настоящее приложение является неотъемлемой
частью медицинской карты пациента

Информированное согласие пациента.

1. Настоящее Информированное добровольное согласие разработано во исполнение требований:

*Статьи 20 Основ об охране здоровья граждан в Российской Федерации;

*Статей 7, 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»;

*Пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1066.

Настоящее Информированное согласие разработано для обеспечения пациентов (законных представителей)

ООО «МК-Мед» (далее Клиника) необходимой, доступной и достоверной информацией об оказываемых услугах. Документ подготовлен с целью, чтобы пациент ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог дать своё согласие на его проведение, либо отказаться от него.

Клиент: _____ ознакомлен со следующим:

Ф.И.О.

Подпись

2. Пересадка волос - это манипуляция (операция), направленная на восстановление волос, утраченных по разным причинам (андрогенетическая или другие), путем перемещения свободных волосяных графтов (трансплантатов, фолликулярных единиц) из зоны достаточного роста (донорская) в зону отсутствия волос (реципиентная). Планируемый результат - рост волос в зонах их отсутствия.

Клиент осознает, что хороший результат в определенной степени зависит от объема трансплантации волос и количества этапов. Исходя из этого клиника не может давать гарантий достижения полного эстетического эффекта.

Клиент осознает, что состояние и количество волос до трансплантации является решающим фактором для получения окончательного результата, понимаю, что после трансплантации у клиента не будет такого волосяного покрова, какой был до выпадения волос.

Клиент понимает, каких результатов ему следует ожидать после трансплантации волос. Клиенту подробно объяснили о возможности данной процедуры и клиент понимает, что после завершения трансплантации у него не будет эффекта полного заполнения волосами.

Также клиенту разъяснено, что в случае темных волос и светлой кожи, после пересадки волос, возможно, не достичь естественного их вида. В том числе, клиенту объяснили, что для достижения наилучшего результата, в будущем еще может потребоваться дополнительная трансплантация волос за счет клиента, что не будет являться недостатком оказанных услуг и свидетельствовать о их некачественном оказании, что клиент лично осознает и понимает.

3. Альтернативные средства: ничего не предпринимать, ношение парика, использование медикаментов, выполнение трансплантации искусственных волос или их комбинации.

4. Абсолютными противопоказаниями к операции являются: 1. Хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации/обострения; 2. Острые заболевания; 3. Нарушения свертывающей системы крови (тромбоцитопении, коагулопатии и другие); 4. Злокачественные новообразования; 5. Период лечения химиотерапией, лучевая терапия большими дозами (пациент находится на этапе лечения у онколога либо проходил данное лечение в течение года до планируемой даты операции); 6. Беременность; 7. Послеродовый период; 8. Лактация..

5. Относительными противопоказаниями являются:

1. Состояние после облучения и химиотерапии (если лечение было проведено год и более назад); 2. Период 3. Менструации; 4. Заболевания центральной и/или периферической нервной системы (невралгии, невриты и т.д.); 5. Алкоголизм; 6. Курение; 7. Наркомания; 8. Состояние сильного и/или продолжительного стресса; 9. Истощение организма (кахексия); 10. Анорексия и другие расстройства пищевого поведения; 11. Применение иммунодепрессантов, антикоагулянтов, антидепрессантов, цитостатиков, гормонов и иных лекарств, которые могут повлиять на свертываемость крови, состояние иммунитета, обменные процессы; заболевания щитовидной железы в компенсированной форме; 12. Заболевания крови и кровеносных органов; 13. Инфекционные заболевания; 14. Патологии сердечно-сосудистой системы; 15. Сахарный диабет в компенсированной форме; 16. Ожирение.

Наличие у клиента вышеизложенных относительных противопоказаний повышает вероятность возникновения у него рисков и осложнений, не достижения планируемого результата медицинского вмешательства. Клиент с относительными противопоказаниями ознакомился и сообщил об их отсутствии:

Подтверждаю: _____

Ф.И.О.

Подпись

5. Клиент понимает, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья. Клиент осознает, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий.

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

6. Клиент также понимает, что возможны следующие осложнения и последствия в связи с данным вмешательством:

- келоидные и гипертрофические рубцы
- плохой рост трансплантированных волос
- постоянные боли в области скальпа
- тотальное выпадение донорских волос
- потеря чувствительности скальпа
- заметные рубцы на донорских участках
- неестественный рост трансплантированных волос
- выпадение трансплантированных волос
- аллергические реакции или иные проблемы, связанные с медикаментами.

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

7. Особенно важными и полностью ясными для клиента являются следующие положения об особенностях периода после вмешательства:

Клиенту объяснили, что на данном этапе невозможно определить локализацию и степень облысения в будущем (включая его боковую и заднюю части). Поэтому в будущем волосы могут выпасть, что изменит внешний вид той части головы, на которую они были пересажены. Трансплантаты, возможно, не будут постоянными, они, как правило, более прочнее, хотя есть вероятность их выпадения. У большинства мужчин волосы начинают выпадать в разных местах головы, но они относительно меньше теряют волос в донорских областях (затылочной и боковой частях). У небольшой части мужчин (менее 10 %) также выпадает большая часть донорских волос, что сильно влияет на конечный результат.

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

8. Клиент добровольно дает согласие на проведение необходимого общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам. Клиенту понятна суть и характер указанных выше процедур.

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

9. Клиент даёт согласие на проведение местной анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению клиники. Клиент понимает, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, вмешательства и последующего лечения.

Клиент сообщает врачу об известных ему аллергических реакциях:

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

10. Клиент сообщает обо всех имеющихся у него заболеваниях: _____
и о применяемых им медицинских препаратах: _____ ;
о своих вредных привычках: _____

11. Клиент понимает, что во время манипуляции или подготовки к ней могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я даю согласие на проведение всех процедур необходимых и достаточных для оказания медицинской услуги по пересадке волос.

Подтверждаю: _____
Ф.И.О. Подпись

12. Клиенту разъяснено, что будут использоваться высококачественная медицинская техника и эффективные препараты, а также будут предприняты все необходимые усилия для надлежащего выполнения запланированных процедур. Клиент понимает, что клиника не может дать ему гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков восстановительного периода. Клиенту известно, что существует риск не достижения или

неполного достижения желаемого результата операции, что может потребовать проведения дополнительных процедур за счет клиента. Осознавая сущность предлагаемой процедуры и уникальность собственного организма, клиент понимает, что возможны случаи не полного совпадения ожидаемого результата с фактическим результатом. Клиент достаточно информирован и его устраивает планируемый результат и продолжительность эффекта.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

13. Клиенту разъяснено, что курение, употребление алкоголя (в послеоперационном периоде - до 14 дней с момента операции), применение некоторых медицинских препаратов и определенные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера, что не может являться основанием для претензий к качеству оказанной медицинской услуги. Клиент понимает, что степень проявления побочных эффектов находится в зависимости от индивидуальных особенностей его организма.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

14. Клиент понимает, что перечисленные, а также не упомянутые в настоящем документе возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что потребует от клиента дополнительных денежных и временных затрат, возможной нетрудоспособности.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

15. Клиент понимает, что в случае обращения после сделанной ему трансплантации волос в сторонние медучреждения без направления клиники и проведения процедур, не согласованных с клиникой, за качество услуг сторонних специалистов и их последствия несут ответственность сторонние специалисты.

16. О необходимости соблюдения рекомендации в послеоперационном периоде клиент проинформирован. Клиент обязуется соблюдать все рекомендации, озвученные ему и обратиться в клинику, проводившему процедуру, если будут наблюдаться побочные реакции. Клиент осознаёт, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат.

В частности клиенту разъяснено:

После процедуры пересадки волос очень важно правильно ухаживать за новыми волосами и кожей головы. Одним из основных шагов в уходе является мытье головы. Рекомендуется мыть волосы теплой водой один раз в день в течение 10 дней после операции. Этот период позволяет коркам, образовавшимся на пересаженной зоне, отпасть естественным образом.

Мытье головы в первые 10 дней после пересадки:

Чтобы усилить процесс регенерации клеток кожи и обеспечить увлажнение, нужно использовать пантенол. Пантенол является эффективным средством для ухода за кожей.

Нанесите пантенол на пересаженную зону и оставьте его на 20-25 минут, затем смойте его слабым напором теплой воды.

После этого переходим к следующему шагу - применению специального шампуня.

Шампунь следует вспенить в руках и нанести пену на пересаженную зону легкими придавливающими движениями пальцев. Для донорской зоны (затылка) можно использовать более интенсивные движения. Оставьте шампунь на волосах 2-3 минуты, а затем смойте его слабым напором теплой воды.

После мытья волос важно правильно осушить их. Используйте бумажные полотенца и делайте легкие придавливающие движения, чтобы удалить лишнюю влагу. Если вы решите использовать фен, убедитесь, что он настроен на слабый напор холодного воздуха. Горячий воздух может повредить новые волосы и кожу головы.

Если на 10-12 день после пересадки волос у вас все еще остались корки, свяжитесь с нами для дальнейших рекомендаций. После снятия корок вы можете продолжать использовать ваш привычный шампунь.

Рекомендации после пересадки волос:

Избегать травмирования зоны пересадки. Врачи рекомендуют не прикасаться к пересаженному участку в течение первых 10 дней после процедуры. Это поможет избежать возможных повреждений и смещения трансплантатов.

Также стоит обратить внимание на половую активность. Половой акт может вызвать повышенное потоотделение, что может привести к смещению трансплантатов, особенно в первые 7-10 дней после операции. Поэтому рекомендуется быть осторожным и избегать интенсивных физических нагрузок в этот период.

Еще одно важное указание – избегать посещения бань, саун и плавания в течение 1 месяца после операции. В этот период происходит заживление трансплантатов и донорской зоны, поэтому рекомендуется избегать контакта с водой, чтобы избежать риска инфицирования.

Также рекомендуется не чесать зону пересадки волос. Царапание кожи головы ногтями может повредить корки и замедлить процесс заживления. Вместо этого, можно аккуратно потереть область или делать массаж во время мытья и после. Это поможет уменьшить зуд и не повредить пересаженные волосы.

Одна из важных вещей, которую следует учесть, это избегать употребления алкоголя и никотина. Употребление алкогольных напитков и никотина может негативно сказаться на процессе заживления и увеличить риск осложнений.

Никотин может сужать кровеносные сосуды и замедлять процесс заживления. Рекомендуется воздержаться от употребления, как минимум за две недели до и после операции.

Также следует обратить внимание на ношение головных уборов. В первые 14 дней после операции рекомендуется отказаться от ношения шапок или других головных уборов, которые могут натирать зону пересадки и повредить пересаженные волосы. Однако после снятия корочек можно носить головной убор для защиты от солнца или холода. В клинике мы выдаем специальный головной убор- панаму, которую следует носить в первые 14 дней после пересадки. Следующий совет – избегать солнечного света. Прямые солнечные лучи могут повредить кожу головы и оказать негативное воздействие на заживление. Поэтому рекомендуется защищать кожу головы от солнца в течение двух месяцев после операции.

Очень важно следовать рекомендациям и инструкциям, предоставленным клиникой или врачом, который проводил операцию. Помните, что правильный уход после пересадки волос поможет вам достичь наилучших результатов и сохранить здоровье ваших новых волос.

Также Клиент обязан присылать на номер телефона посредством мессенжера Whatsapp: +7(964)342-52-82 фотографии в следующие дни после проведенной медицинской услуги: 3й день; 5й день; 7й день; 10й день; 15й день; 30й день, в последующем каждый месяц до 12 месяцев.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

17. Клиент уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) клиники, в том числе относительно режима, лечения, может снизить качество предоставленных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения лечения в срок и отрицательные последствия для его здоровья.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

18. Клиент предупрежден, что в случае проведения самостоятельных лечебных мероприятий, не назначенных и не рекомендованных лечащим врачом, ответственность за наступление последствий (осложнений, возникновений побочных эффектов, ухудшение первично достигнутых результатов и тому подобное) клиент берет на себя, понимая, что таковые не являются основанием для предъявления претензий Клинике.

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

19. Клиенту объяснено, что решение о необходимости повторных процедур принимается клиникой и может потребовать дополнительных материальных затрат клиента.

Клиент понимает, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение медицинских манипуляций является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально

Подтверждаю: _____
 Ф.И.О. Подпись

При появившихся вопросах можно связаться с администратором клиники: _____.

Клиент также подтверждает следующее:

Я, _____
 утверждаю, что у меня была возможность обсудить моё состояние и предлагаемое мне проведение медицинской услуги. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Все, что написано в настоящем информационном согласии, я лично ознакомился, в том числе самостоятельно, а также все его положений мне разъяснены администратором клиники и специалистом клиники, также мной прочитано лично.

Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех имеющихся у меня хирургических вмешательствах, аллергических реакциях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение за последствия, которые могут возникнуть при сокрытии, отсутствии данной информации.

Я согласен(а) и разрешаю врачу Клиники проведение пересадки волос. Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых клиника сочтёт необходимыми. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинских процедур в предложенном объёме. Я обязуюсь соблюдать все рекомендации данные мне и обратиться к врачу, проводившему процедуру, если будут наблюдаться реакции, не описанные выше. Я осознаю, что самолечение и позднее обращение могут привести к развитию осложнений, требующих дополнительного лечения и материальных затрат с моей стороны. Я понимаю, что возникновение возможных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно

