Приложение № 2.12 к
Договору об оказании платных
медицинских услуг № ,

ООО «МДЦ»Импульс
ИНН/КПП 5321205295/532101001
ОГРН 1215300000332
Юридический адрес: 173000, Новгородская обл., г. Великий Новгород, ул. Дворцовая, д.15, офис 1
р/с 40702810102230001329 в Ф-Л СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ПАО БАНК "ФК ОТКРЫТИЕ"

Информированное добровольное согласие на внутрисуставное и околосуставное введение лекарственных препаратов.

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)

проживающий /ая по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я (ФИО и дата рождения законного представителя), паспорт (серия ,номер): _____ выдан:_____
_____
зарегистрированный по адресу:_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)/ проживающий по адресу:
_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:_____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)в отношении
_____
(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу:
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Я получил разъяснения по поводу заболевания _____(МКБ 10)___;
Я получил информацию об особенностях течения моего заболевания, длительности лечения, исходах лечения, прогнозе моего заболевания, обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания;

-Я получил разъяснения о необходимости назначенного метода лечения;

-Мне разъяснено, что данный метод лечения представляет собой:

Внутрисуставное (в полость сустава)или околосуставное (в мягкие ткани вокруг сустава – сухожилия, фасции, связки, апоневрозы и мышцы.)введение лекарственных средств- анестетиков , глюкокортикостероидов , хондропротекторов , гиалуронатов с целью купирования болевого синдрома в суставе и увеличения объёма движения в нём;

-Мне понятно , что манипуляция проводится в процедурном кабинете . Перед инъекцией кожа обрабатывается антисептиком.
Для проведения манипуляции задействуется шприц с удлиненной иглой, которая направляется непосредственно в область суставной щели .После введения иглы в полость сустава вводится выбранный препарат. После извлечения иглы из сустава место укола обрабатывается антисептическим раствором с последующим наложением асептической повязки. Больной после манипуляции осуществляет несколько движений в суставе, чтобы препарат равномерно распределился по всей полости сустава;

-Мне разъяснено, что общими противопоказаниями к проведению внутрисуставных и околосуставных инъекций являются и требуют дополнительной консультации врача -специалиста:
• Наличие воспалительных и гнойных очагов на коже в области воздействия;
• Наличие гиперчувствительности к вводимому препарату;
• Беременность, период лактации;
• Выраженный остеопороз;
• Судороги /возбуждённое состояние пациента / гиперкинезы;
• Тяжелые нервно-психические патологии;
• Выраженная патологии системы свертывания крови (гемофилии, геморрагические диатезы и др. коагулопатии), а также при проведении антикоагулянтной терапии у пациента;
• Сердечно-сосудистые заболевания(ИБС, брадикардия, аритмии, стенокардия,гипертония);
•бронхиальная астма;
•язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
•острые инфекционные заболевания;
•Декомпенсация сахарного диабета;
•Онкологические заболевания;
•Выраженная деформация кожно-хрящевой ткани;
-А так же реакции со стороны непосредственного применения :
-Гиалуронатов: IV стадия остеартрита коленных суставов; значительный выпот в коленный сустав ; серьезные локальных и/или системных реакций на предшествующее введение препаратов гиалуроната; подозрение на септический артрит или на внутрисуставной или околосуставной перелом ;
-Глюкокортикостероидов:гнойный артрит; туберкулез сустава; артриты и артропатии как осложнения при некоторых неврологических заболеваниях (сирингомиелия); гнойные процессы в организме, особенно вблизи сустава; внутрисуставной перелом с вторичным артритом; остеолитическая форма РА; асептический некроз головки бедренной кости; артрит неясной этиологии; наличие выраженных костных деструкций в суставе по данным рентгенограмм. Относительные противопоказания к внутрисуставной гормонотерапии:фиброзный анкилоз; резко выраженный склероз капсулы сустава или остеопороз суставных концов; резистентность больного к стероидам; индивидуальная непереносимость стероидов;
-Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте инъекции;

-Мне разъяснено, что при около или внутрисуставном введении, как и при любой инъекции, могут возникнуть нежелательные последствия, такие как:
• Аллергическая реакция, зуд, покраснение в месте инъекции;
• Обморок;
• Образование гематомы в месте пунктирования;
• Инфицирование сустава - редкое осложнение в 5-6 случаях на 100 000 инъекций ;
• Асептический некроз кости- редкое осложнение , риск повышается у больных, которым выполнялось большое количество внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов;
• Повреждение внутренних структур. К таким осложнениям относятся повреждения хряща, кости, менисков, связок, нервных стволов, сосудов, сухожилий;
• Атрофия мягких тканей в месте введения чаще всего отмечается после периартикулярного введения препаратов глюкокортикоида в места с незначительно выраженной подкожной клетчаткой: мыщелок плечевой кости, область лучезапястного сустава;
• Обострение синовита встречается у больных после введения глюкокортикоида как результат реакции на механическое повреждение синовиальной оболочки кристаллами препаратов. Такие осложнения наблюдаются после применения гидрокортизона, депомедрола, кеналога-40 из-за особенностей формы кристаллов;
• Системное проявление. При введении глюкокортикоида в полость сустава его незначительная часть всасывается в кровеносное русло, чем сказывается системный эффект препаратов (синдром гиперкортицизма, у женщин — дисменорея , крайне редко — маточное кровотечение);
• Реакции на непосредственное введения глюкокортикоидов : временное покраснение лица, сердцебиение, повышение артериального давления и уровня глюкозы ;

-Мне разъяснено , что в случае возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу;

-Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;

-Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, процедур, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;
-Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости;

-Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы;

-Я подтверждаю, что поставил в известность лечащего врача о всех проблемах со здоровьем (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатитах С и В);

-Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а так же разъяснены последствия отказа.В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ;

-Я осведомлён что медицинские вмешательства включённые в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями ,которые я считаю лично необходимым провести;

-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество),

, даю информированное добровольное согласие на проведение внутрисуставного/ околосуставного введение
_____

(наименование препарата ,доза, область введения)

Пациент (его законный представитель) _____ _____
Подпись Фамилия Имя Отчество

Врач травматолог -ортопед _____ _____
Подпись Фамилия Имя Отчество

«___»_____ 20____ г.