

Информированное добровольное согласие на медицинский массаж.

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 информирован о том , что массаж — это совокупность приемов рефлекторно-механического воздействия на тело человека, проводимых руками или специальными аппаратами .Лечебный массаж является эффективным методом лечения различных травм и заболеваний. Его модификации меняются в соответствии с характером функциональных нарушений организма. Лечебный массаж бывает как общим, так и локальным (местным). При проведении лечебного массажа можно выделить пять основных приемов: поглаживание; растирание; разминание;вибрация; активно-пассивные движения. Он имеет свою методику, показания и противопоказания;

-Мне понятно , что противопоказаниями к массажу могут быть: абсолютные ,временные ,локальные;

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Злокачественные болезни крови и гемофилия; Злокачественные опухоли различной локализации (до их радикального лечения);Цинга; Гангрена; Тромбоз сосудов в период его возникновения; Ангиит. Ангионеврозы; Аневризмы сосудов головного мозга, сердца, аорты, периферических сосудов; Психические заболевания со значительно измененной психикой; Активная форма туберкулеза; Остеомиелит острый и хронический.; Венерические заболевания в период возможности заражения. ; Недостаточность кровообращения и легочно-сердечная недостаточность 3-ей степени; ВИЧ, Спид;

ВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Чрезмерное возбуждение или переутомление, психозы ;Гнойных процессах любой локализации, различных заболеваниях кожи. ;Острых лихорадочных состояниях и при повышенной температуре тела.;Острых воспалительных процессах.; Воспалении лимфатических сосудов и узлов. ; Увеличенных, болезненных лимфатических узлах, спаянных с кожей и подлежащими тканями.;Кровотечении и кровоточивости кишечные, маточные, носовые, из мочевых путей.; Множественных аллергических высыпаниях на коже с кровоизлияниями.; Кризах гипертонических, гипотонических, церебральных.;Тошноте, рвоте, боли в животе; Алкогольном опьянении;

ЛОКАЛЬНЫЕ : На поврежденном участке кожи, а при аллергических высыпаниях допускается массаж области, значительно отдаленной от места поражения.;При значительно расширенных или выбухающих венах(варикозе), при наличии трофических изменений кожи и необширных язв, при перенесенном флебите или тромбфлебите без склонности к рецидивам; Не следует массировать выступающие над кожей родинки, любые бородавки, различные кожные высыпания, герпес; их следует обходить; При псориазе, экземе, нейродермите не массируется только область высыпания; близлежащую область массировать можно;

-Мне разъяснено, что перед сеансом необходимо принять теплый душ, кожа массируемой области должна быть чистой;

-Мне понятно , что для проведения процедуры необходимо снять одежду ,снять все украшения в пределах, необходимых для проведения эффективного массажа. Одежда ,украшения не должна беспокоить, отвлекать массажиста, мешать проведению сеанса;

-Я информирован , что массаж может проводиться как сухим способом , так и с применением смазывающих веществ, способствующих скольжению рук по коже, тем самым предохраняя ее от излишнего раздражения и травматизации;

- Я информирован о том что в массируемой области после завершения процедуры могут наблюдаться местные обратимые явления такие как гиперемия (покраснения) ;в случае хрупкости стенок кровеносных сосудов возможно появление небольших подкожных кровоизлияний; умеренная болезненность мышц после первых процедур;

Общие реакции : сонливость или, напротив, возбуждение после первых процедур; возможно усиление деятельности выделительных систем в течение всего курса массажа и после его окончания ; повышение уровня артериального давления;

-Мне в доступной форме 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;

-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»;

-Я поставлен в известность , что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения , предотвращение неблагоприятных последствий , осложнений заболевания;

-Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства и я не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в положенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, болезнях и операциях перенесенных ранее ;

-Мне известно , что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически .Понимаю что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение .Я понимаю что медицинское вмешательство проводится на повреждённых при травме или поражённых заболеванием тканях моего организма ,способность которых к заживлению понижена Мне известно что 100% гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может;

-Я осознаю , что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю , что во время медицинского вмешательства , так и после него могут появиться не предвиденные ранее неблагоприятные явления или осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, возможно увеличение сроков лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций;

-До моего сведения доведено , что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нём не является абсолютной. Однако мне понятно , что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и , возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции повреждённых органов и тканей, конечностей или отделов, что в итоге неблагоприятно повлияет на моё здоровье или ухудшит качество жизни.

-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 манипуляции, в том числе в случаях расхождения между видами манипуляций, 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 пунктом 5 части 5 статьи 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.

Даю согласие на проведение мне процедуры массажа

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Специалист по медицинскому массажу

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.