

*Пункт 3 статьи 134 Кодекса РК от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», устанавливает, что медицинская помощь должна предоставляться только после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента.*

## **Информационное согласие на проведение процедуры стимуляции плазмолифтинга.**

Я, \_\_\_\_\_, 01.01.1992, +7 (777) 777-77-77 доверяю проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы врачу \_\_\_\_\_.

Стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы представляет собой процедуру введения ТАП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению (\_\_\_\_\_).

Стимуляции ауторегенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы - это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей пародонта и костного дефекта.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение имеющейся герпетической инфекции. Как правило при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата от 1 до 3-х и более процедур на курс лечения.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь, жирные и копченые продукты, а так же исключить курение табака минимум за сутки (желательно за 3 дня) до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать и приложить общий анализ крови и анализ крови на сахар.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата

**Настоящее информационное согласие является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического пациента форма № 043/у утвержденной приказом № 332 Министра Здравоохранения РК от 08.07.2005 г.**