

**Информированное добровольное согласие на проведение  
на проведение процедуры стимуляции регенерации с  
использованием тромбоцитарной аутоплазмы технология  
Plasmolifting™**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным: \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что проведение процедуры стимуляции регенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы по технологии Plasmolifting™ будет проводить врач \_\_\_\_\_

В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ЦКС «Аврора» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

Стимуляция процессов регенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы по технологии Plasmolifting™ представляет собой процедуру введения плазмы, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению(\_\_\_\_\_).

Процедура проводится под местной анестезией. Стимуляция регенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы - это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма. Данный метод имеет разрешение Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2010/380 от 26.10.2010г.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоплазмой 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 инъекционных процедур: не выраженная припухлость и болезненность в области сведения в течении 1-2 дней.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки 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 келлоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мнерекомендовано сдать/приложить общий анализ крови.

**Прилагаю \_\_\_\_\_ Не прилагаю \_\_\_\_\_**

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

