СОГЛАСОВАНО:
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»
_____ /О.И. Шишкина/
«_01_» _____февраля 2022 г.

УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач
ООО «ЦРТ-МЕД»
_____/О.И. Шишкина/
«_01_» ____февраля ____ 2022 г.

ПРАВИЛА

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД»
(ООО «ЦРТ-МЕД»)

РАЗРАБОТАЛ:
Главный врач
_____/О.И. Шишкина/
Редакция № 3
начало действия документа:
«_01_» _февраля_ 2022 г.

Новосибирск 2022 год

Оглавление

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ 3
2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 6
3. ОСНОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 7
4. ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИИНСКИХ УСЛУГ 12
5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ 16
6. ПОРЯДОК ЗАПИСИ НА ПРИЕМ 18
7. ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ 20
8. ФОРМЫ СОГЛАСИЙ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ 21
9. УЧЕТ ОБЪЕМОВ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ 21
10. ЦЕНЫ НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ 26
11. КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ 27
12. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ……...27

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

«Медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

«Потребитель»- физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является **пациентом**.

«Заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

«Исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

« Сайт исполнителя» - сайт в сети интернет www.pelargos.ru.

«Медицинская услуга»- медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

«Медицинская помощь» - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

«Медицинское вмешательство» - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

«Профилактика» - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния, на здоровье человека факторов среды его обитания.

«Диагностика» - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента,

данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

«Лечение» - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

«Качество медицинской помощи» - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

«Услуги медицинского сервиса» - сопутствующие услуги, которые оказываются пациентам в медицинском учреждении в процессе оказания медицинской помощи, но не являющиеся элементами медицинской помощи.

«Договор возмездного оказания медицинских услуг» - соглашение между Исполнителем и пациентом/Заказчиком об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей при оказании платных медицинских услуг. При подписании Договора возмездного оказания медицинских услуг со стороны Исполнителя возможно проставление факсимиле подписи Генерального директора, имеющую равную подписи юридическую силу.

«Дополнительное соглашение» - неотъемлемая часть договора возмездного оказания медицинских услуг, содержащая особые условия и порядок оказания медицинских услуг, не указанные в тексте Договора возмездного оказания медицинских услуг.

«Медицинская документация» - документы, содержащие сведения результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и иных медицинских мероприятий, позволяющие обобщать и анализировать медицинскую информацию. Держателем медицинской документации является Исполнитель. По запросу Пациента медицинская документация может быть выдана в форме заверенной копии, в установленные настоящими Правилами сроки. Оригиналы медицинской документации передаются исключительно в случаях прямо предусмотренных законом.

«Рекомендации/Назначения» - обращение врача к Пациенту, содержащее информацию относительно действий, которые Пациенту надлежит совершить самостоятельно. Рекомендации/Назначения фиксируются в медицинской документации. Рекомендации/Назначения предоставляются по факту получения промежуточного/окончательного результата с учетом совокупности медицинских данных. В случае неясности Рекомендаций/Назначения либо невозможности их исполнения, а также отказа от их исполнения

Пациент/Заказчик обязан незамедлительно уведомить Исполнителя. **Отказ от исполнения рекомендаций /назначения является основанием для изменения Плана лечения, при этом Исполнитель вправе расторгнуть Договор возмездного оказания платных медицинских услуг в одностороннем порядке.**

«Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее ИДС)» – необходимое предварительное условие медицинского вмешательства на основании информации предоставленной медицинским работником исполнителя о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. ИДС/отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме и содержится в медицинской документации Исполнителя. На основании письменного заявления Пациент/Заказчик вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев. Когда отказ не допустим в силу закона. **Отказ от подписания ИДС/отказа от медицинского вмешательства является основанием изменения Плана лечения при этом исполнитель вправе расторгнуть Договор возмездного оказания платных медицинских услуг в одностороннем порядке.**

«Прейскурант цен» - документ, содержащий перечень и стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

Платные медицинские услуги предоставляются медицинской организацией на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика), путем их размещения в открытом доступе на сайте организации, в распечатанном виде в организации в Уголке потребителя.

Граждане в соответствии с действующим законодательством имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг гражданам в Обществе с ограниченной

ответственностью «ЦРТ-МЕД» (далее по тексту Медицинская организация, Общество, Клиника).

2.2. Настоящие Правила разработаны в соответствии с:

- Гражданским кодексом Российской Федерации;

- Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

-Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

-Постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»;

-Приказом Росстата от 29.09.2017 № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объеме платных услуг населению в разрезе видов услуг»;

- Федеральным законом от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158Н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.10 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

- Письмом Центрального банка РФ № 120-Т от 02.10.2009 г. «О памятке «О мерах безопасного использования банковских карт»;

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 441н от 02 мая 2012 г. «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».

- иными нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения в сфере оказания платных медицинских услуг.

2.3. Медицинские услуги Обществом оказываются потребителям на возмездной, то есть платной основе. Платные медицинские услуги оказываются потребителям (заказчикам) за счет их личных денежных средств, средств работодателей, и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. Цены на платные медицинские услуги устанавливаются Клиникой самостоятельно.

Медицинские услуги оказываются Исполнителем Пациенту/Заказчику в следующих условиях:

- амбулаторно,

- дневной стационар.

Платные медицинские услуги предоставляются в течение всего рабочего времени Клиники в соответствии с графиком и режимом работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.4. Врачом, оказывающим непосредственную медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения, обследования и лечения в Клинике, является врач определенной медицинской специализации, в зависимости от причины обращения пациента за медицинской помощью. Врач назначается по выбору пациента или специалистами регистратуры по согласованию с пациентом с учетом согласия врача.

2.5. Во время приема пациента врач проводит своевременное и квалифицированное обследование, диагностику, наблюдение и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, в необходимых случаях направляет на консультации к иным врачам-специалистам. Рекомендации врачей-специалистов реализуются по согласованию с врачом, за исключением случаев, угрожающих жизни пациента.

2.6. Врач по согласованию с Главным врачом может отказаться от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни самого пациента, в случаях несоблюдения пациентом врачебных предписаний и рекомендаций, условий заключенного с ним Договора или настоящих правил.

2.7. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

2.8. Предоставление платных медицинских услуг в Медицинской организации осуществляется в порядке и на условиях предусмотренных настоящими Правилами.

2.9. Настоящие Правила в целях регулирования процесса оказания пациентам (заказчикам) платных медицинских услуг применяются совместно с Договором возмездного оказания платных медицинских услуг и читаются в совокупности с его нормами, являются неотъемлемой частью Договора.

2.10. Платные медицинские услуги предоставляются Центром на основании действующего Прейскуранта цен, содержащего перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном законом порядке;

3. ОСНОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. До момента заключения Договора возмездного оказания платных медицинских услуг Пациент/Заказчик знакомится с информацией о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, размещенной на официальном сайте Клиники www.pelargos.ru и/или информационном стенде Исполнителя, Прейскурантом на медицинские услуги.

Договор возмездного оказания медицинских услуг / Дополнительное соглашение заключаются в письменной форме при предъявлении Пациентом/Заказчиком документа удостоверяющего личность.

3.1.1. Документами, удостоверяющими личность являются:

- для граждан Российской Федерации – паспорт, дипломатический паспорт, служебный паспорт, паспорт моряка (удостоверение личности моряка), военный билет (для военнослужащих), справка об освобождении из мест лишения свободы, временное удостоверение личности гражданина РФ (по форме 2П). удостоверение личности офицера, свидетельство о рождении (для лиц не достигших 14-ти летнего возраста);

- для иностранных граждан – паспорт иностранного гражданина либо иной документ, признаваемый согласно международных Договоров Российской Федерации в качестве документа удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- для лиц без гражданства – документ, выданный иностранным государством и признаваемый международными Договорами Российской Федерации в качестве документа удостоверяющего личность лица без гражданства, разрешение на временное пребывание, вид на жительство, удостоверение беженца.

3.1.2. При отсутствии в Пациента/Заказчика на момент заключения Договора/Дополнительного соглашения документа удостоверяющего личность в исключительных случаях договор/Дополнительное соглашение может быть заключен на основании заполненного и подписанного Пациентом/Заказчиком бланка соответствующего заявления, предоставляемого Клиникой. Отказ от заполнения/подписания Пациентом/Заказчиком данного заявления, является основанием для отказа в заключение Договора/Дополнительного соглашения.

3.1.3. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор/Дополнительное соглашение при не предоставлении Пациентом/Заказчиком документа удостоверяющего личность в срок, установленный в заявлении пациента.

3.1.4. При оказании медицинских услуг несовершеннолетнему в качестве заказчика выступает Законный представитель несовершеннолетнего (родители, усыновители, опекуны). Договор заключается при предоставлении документа удостоверяющего личность Заказчика (Законного представителя несовершеннолетнего) и документа подтверждающего законное представительство (свидетельство о рождении, усыновлении, удостоверение опекуна). Законный представитель несовершеннолетнего при заключении Договора дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных

несовершеннолетнего. Законный представитель вправе получать от лечащего врача Клиники информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

3.1.5. Количество Дополнительных соглашений, равно как и количество получаемых по заключенному Договору медицинских услуг неограниченно.

3.1.6. Окончание сока действия либо расторжение Дополнительного соглашения влечет прекращение оказания услуг предусмотренного данных соглашением, при этом Пациент/Заказчик сохраняет возможность получения медицинских услуг в рамках Договор возмездного оказания услуг.

3.1.7. Расторжение Пациентом/Заказчиком Договора возмездного оказания медицинских услуг, влечет расторжение всех Дополнительных соглашений к нему, и прекращения оказания медицинских услуг по ним.

3.1.8. При утрате Пациентом/Заказчиком оригинала Договор/Дополнительного соглашения он вправе обратиться с письменным заявлением к Исполнителю о предоставлении надлежащим образом заверенной копии Договора/Дополнительного соглашения.

3.1.9. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При заключении Договора/Дополнительного соглашения по требованию Пациента/Заказчика Исполнителем предоставляется информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем конкретную медицинскую услугу (его профессиональное образование и квалификация);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения относящиеся к предмету Договора возмездного оказания медицинских услуг.

3.1.10. По требованию Пациента/Заказчика Исполнителем для ознакомления предоставляются копии учредительных документов Исполнителя, копия лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня услуг составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, копия доверенности (в случае необходимости) уполномоченного представителя Исполнителя на подписание Договора /Дополнительного соглашения.

3.2. Предоставление услуг (медицинской помощи, медицинских вмешательств – далее по тексту медицинских услуг)Клиникой осуществляется

в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.4. Качество предоставляемых Клиникой платных медицинских услуг должно соответствовать условиям заключенного договора с потребителем (заказчиком), а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан в соответствии с разделом8настоящих Правил.

3.6. При первичном обращении в Клинику Пациент/Заказчик предоставляет:

- письменное согласие на обработку персональных и биометрических данных **(Приложение № 1).**В случае изменения предоставленных персональных данных Пациент/Заказчик должен письменно уведомить об этом Исполнителя. Порядок обработки персональных данных определяется Политикой обработки персональных данных, доступной к ознакомлению на сайте Исполнителя www.pelargos.ru и в Клинике.

Согласие на обработку персональных данных дается пациентом на весь период действия Договора возмездного оказания услуг, с возможностью одностороннего отзыва в любое время любым из следующих способов:

путем лично подачи такого согласия в Клинику;

путем направления письменного уведомления в адрес Клиники, посредством почтовой связи;

путем отправки электронного письма на электронный адрес:info@pelargos.ru.

- ИДС на виды медицинского вмешательства, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача;

- согласие на предоставление третьим лицам сведений, составляющих врачебную тайну (по желанию).

3.7. Во время получения медицинских услуг при нахождении в Медицинской организации потребитель (его законный представитель, заказчик) должен соблюдать «Правила внутреннего распорядка для потребителей медицинских услуг» установленные Обществом, которые являются действующими в момент получения медицинских услуг.

3.8. Основаниями для оказания платных медицинских услуг являются:

а) оказание медицинских услугна иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика);

б)оказание медицинских услуг на основании добровольного желания гражданина или его законного представителя получить медицинскую услугу на возмездной основе.

3.9. Предоставления медицинских услуг по кругу лиц:

а) предоставление медицинских услуг гражданам РФ;

б) предоставление медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

3.10. Медицинские услуги могут предоставляться потребителям анонимно (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

3.11. *Платные медицинские услуги оказываются Медицинской организацией ООО «ЦРТ-МЕД»:*

а) по адресу: **630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41 (коммерческое наименование - Центр заботливой медицины Пеларгос);**

б) свидетельство о внесении юридического лица в Единый государственный реестр юридических лиц серия 1185476097124 от 26.11.2018 года орган, осуществивший государственную регистрацию – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области;

в) лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0008897 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85;

г) При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- операционному делу;
- сестринскому делу;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);
- терапии;

- генетике;
- дерматовенерологии;
- кардиологии;
- косметологии;
- онкологии;
- урологии;
- эндокринологии;
- ультразвуковой диагностике;
- физиотерапии;
- функциональной диагностике;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

- анестезиологии и реаниматологии

д) При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при проведении медицинских экспертиз по:

- экспертизе временной нетрудоспособности.

3.11.1. На основании Перечня оказываемых медицинских услуг и Прейскуранта (Прайса) цен на медицинские услуги.

3.12.Медицинскаяорганизация имеет лицевой счет по учету средств, принимает к расчету, как наличные денежные средства граждан, так и средства, поступающие путем (в форме) безналичного расчета.

3.13. Достоверная, доступная и бесплатная информация, включающая в себя:

а) сведения о Медицинской организации;

б) сведения о месте ее нахождения;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;

г) перечень платных медицинских услуг в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности;

д) порядок и условия их предоставления и оплаты;

е) сведения о режиме работы кабинетов;

ж) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, предоставляется посредством размещения на сайте Медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по электронному адресу: www.pelargos.ru, а также на информационных стендах (стойках).

4. ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИИНСКИХ УСЛУГ

4.1. **Порядок оказания медицинских услуг амбулаторно:**

4.1.1. Пациенты, записанные на плановый прием заблаговременно, принимаются в соответствии с порядком их предварительной записи.

4.2. Пациенты, обратившийся в регистратуру Клиники с целью получения плановой консультации (обследования, медицинской услуги, услуги медицинского сервиса и т.д.) - без предварительной записи на приём, могут быть приняты в день обращения только при наличии свободного времени в расписании у врачей-специалистов. При отсутствии времени для записи на прием в момент обращения, работниками Клиники может быть подобран другой удобный день, для записи на прием.

4.3. Для оформления необходимых медицинских документов на плановый прием пациент (заказчик)приходит в Клинику и обращается в регистратуру не менее чем за 15 минут до назначенного времени приема.

4.3.1. Оплата медицинских услуг осуществляется потребителем в полном объеме до получения соответствующих медицинских услуг или в ином порядке, согласованном сторонами, в случае невозможности до приема установить объем получаемых медицинских услуг Пациентом.

4.4. При первичном обращении в Клинику Пациента/Заказчика и/или его законному представителю необходимо при себе иметь паспорт для заключения Договора возмездного оказания услуг и заполнения регистрационной карточки для формирования электронной и бумажной медицинской карты.

4.4.1 Медицинская карта является собственностью Медицинской организации и хранится в картотеке регистратуры. Медицинская карта на руки Пациенту/Заказчику не выдается, а передается специалисту в кабинет администратором. Самовольный вынос медицинской карты не допускается.

4.5. В случае опоздания или неявки на заранее назначенный приём пациент (заказчик) обязан предупредить об этом администратора Клиники по телефонам 8 (383) 209-24-29.

4.6. В случае непредвиденного отсутствия врача-специалиста и других чрезвычайных обстоятельств, администратор предупреждает об этом Пациента/Заказчика при первой возможности по контактному телефону,указанному Пациентом/Заказчиком при записи на приём, и по согласованию с Пациентом/Заказчиком переносит время приёма на ближайшее свободное время.

4.6.1. Договором/Дополнительным соглашением с Пациентом/Заказчиком может быть определен лечащий врач, которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Лечащий врач назначается Главным врачом или выбирается Пациентом с учетом согласия врача.

4.6.2. Лечащий врач может быть заменен другим врачом:

- по соглашению между Пациентом и Исполнителем;

- в одностороннем порядке Исполнителем в случае невозможности исполнения врачом своих врачебных функций в связи с болезнью или иной уважительной причиной;

- на основании письменного заявления Пациента/Заказчика;

- в случае отказа лечащего врача от наблюдения за Пациентом и его лечения.

Лечащий врач, по согласованию с Главным врачом Клиники может отказаться от наблюдения за Пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. В данном случае Главный врач клиники организует замену лечащего врача.

4.7. Пациент/Заказчик ожидает время приема в холле или коридорах Клиники. В кабинет Пациент/Заказчик проходит только по приглашению администратора или медицинского персонала.

4.8. При задержке планового приёма более 15 минут по объективным, не зависящим от врачей-специалистов Клиники обстоятельствам, ожидающему Пациенту/Заказчику может быть предложено:

а) перенести время приёма на другой день;

б) получить лечение/услугу в назначенное время у другого свободного специалиста;

в) либо получить лечение/услугу в назначенный день с отсрочкой приёма к записанному врачу-специалисту Клиники.

4.9. На каждого Пациента/Заказчика отведено определенное время приёма согласно записи. Опоздание и задержка приёма могут снизить качество оказываемой услуги и привести к задержке приёма следующего пациента. В случае опоздания пациента более чем на 30 % длительности приема, врач оставляет за собой право перенести приём, если у него нет возможности продлить его без нарушения интересов последующих потребителей (заказчиков).

4.10. При обращении несовершеннолетнего Пациента договор заключается с законным представителем (родителем, опекуном, попечителем или лицом по доверенности, выданной законным представителем). Дальнейшие посещения специалистов Медицинской организации возможны только при сопровождении законного представителя или в присутствии третьего лица, на которого оформлена письменная доверенность законным представителем на представление интересов его несовершеннолетнего ребенка.

4.10.1. В случаях оказания медицинских услуг несовершеннолетнему или физически недееспособному Пациенту/Заказчику допускается нахождение их законных представителей в кабинете врача при условии выполнения всех его указаний.

4.11. При посещении врача впервые желательно принести с собой все результаты обследований и выписки, касающиеся обращения.

4.12. Некоторые виды услуг требуют наличия направления врача или предварительной подготовки, об этом предупреждают администраторы при записи на приём, а также при напоминании о приёме накануне (за одни сутки) в форме звонка по телефону или отправки автоматического сообщения в мессенджеры:What'sApp,Telegram и др.

4.13. Направление на госпитализацию пациента, нуждающегося в плановом стационарном лечении, осуществляется лечащим врачом после предварительного обследования.

4.14. Пациент сообщает лечащему врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза, проведения диагностических и лечебных мероприятий; информирует о принимаемых лекарственных средствах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций и противопоказаний.

4.15. Пациентам, имеющим хронические соматические заболевания (бронхиальная астма, гипертония, сахарный диабет, и др.) необходимо иметь при себе медикаменты, рекомендованные соответствующим лечащим врачом.

4.16.Пациент/Заказчик обязан ознакомиться с рекомендованным планом лечения и при согласии с ним добросовестно его соблюдать.

4.17. В случае изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения пациент немедленно информирует об этом лечащего врача.

4.18. Пациент (заказчик) не вправе вмешиваться в действия лечащего врача, осуществлять иные действия, способствующие нарушению оказания медицинской помощи.

4.19. В случае необходимости пациент может быть направлен в другое медицинское учреждение для проведения специальных исследований, процедур или консультаций специалистов, не проводимых в Клинике.

4.20. В холлах и коридорах Медицинской организации ведется видеонаблюдение.

4.21. Во время посещения Медицинской организации Пациенту/Заказчику и лицам, их сопровождающим, необходимо бережно относиться к имуществу Медицинской организации. В случае причинения ущерба любому виду имущества (уничтожение, порча, повреждение и т.д.) виновный добровольно возмещает причиненный ущерб Медицинской организации в течение 7 (семи) рабочих дней с момента предъявления претензии, либо руководство Медицинской организации имеет право взыскивать его с виновного в установленном законом порядке.

4.22. Порядок оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

4.22.1. Оказание медицинских услуг в дневном стационаре осуществляется в плановом порядке.

4.22.2. Обязательным условием оказания медицинских услуг в дневном стационаре является получение Пациентом от врача Исполнителя направления на дневной стационар, и наличие свободных мест в дневном стационаре.

4.22.3. Оказание медицинских услуг Исполнителем в дневном стационаре предусматривает медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующее его круглосуточного осуществления, в соответствии с режимом работы дневного стационара исполнителя.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

5.1. Договор заключается между потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

5.2. Договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе;

б) номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дату ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

в) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

г) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

д) наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

е) перечень платных медицинских услуг, отраженных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, который предоставляется пациенту (заказчику) в соответствии с договором;

ж) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

з) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

и) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, а также фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени Заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

5.3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается между потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

5.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

5.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

5.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, - такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.8. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (заключения, консультативные листы и иные), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.9. Оказание платных медицинских услуг по договору добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с договором, заключенным между пациентом (заказчиком) и страховой организацией, выдавшей полис ДМС.

5.10. В случае, если после оплаты услуги, Пациент отказывается от ее получения или оказание услуги Клиникой невозможно в силу наличия объективных обстоятельств, денежные средства за не оказанную услугу подлежат возврату Пациенту, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.11. Возврат денежных средств производится следующим лицам:

5.11.1 Пациенту, действующему от своего имени, – по предъявлению документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий).

5.11.2. Законному представителю Пациента – по предъявлению документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий) и документов, подтверждающих законное представительство.

5.11.3. Представителю Пациента – по предъявлению документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ, его заменяющий) и доверенности на право получения возврата денежных средств, оформленной в установленном порядке:

- простая письменная форма доверенности – для представителя Пациента - Заказчика, заключившего договор на оказание платных медицинских услуг и оплатившего медицинские услуги от имени пациента на основании доверенности выданной пациентом;

- нотариальная форма доверенности – для иных представителей Пациента.

5.11. Возврат денежных средств производится на основании письменного заявления Пациента (Представителя Пациента) в срок не позднее 10 календарных дней с момента принятия вышеуказанного заявления Клиникой.

5.12. Пациент обязан проинформировать Клинику в случае обращения его за оказанием медицинских услуг в другие лечебные заведения или к другим специалистам по причине того же заболевания, в связи с которым он обратился в Клинику. Клиника не несет ответственности за качество предоставляемых медицинских услуг, в том числе и не достижение ожидаемого положительного результата, обусловленного лечением в Клинике, в случае, если Пациент использует рекомендации иных лечебных заведений и специалистов без согласия специалистов Клиники;

5.13. Оплата медицинских услуг производится по ценам, действующим на момент приобретения соответствующей медицинской услуги.

5.14. Повторной консультацией специалиста считается консультация, оказанная в течение сорока пяти дней после первичной.

5.15. Пациент при обращении в Клинику обязан сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги сведения, в т.ч. о своем здоровье, а также выполнять все предписания и назначения, связанные с оказанием качественной медицинской услуги, в соответствии с рекомендациями, данными сотрудниками Клиники.

6. ПОРЯДОК ЗАПИСИ НА ПРИЕМ

6.1. Режим работы Клиники:

- Время работы: ежедневно с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, суббота с 8:00 до 19:00, в воскресенье с 8:00 до 18:00.

Режим работы может измениться в праздничные дни или по техническим причинам. Информация об изменениях доводится до пациентов путем информирования по телефону, указанному пациентом при записи в Клинику, размещается на информационных стендах/стойках Медицинской организации, а также размещается на официальном сайте Клиники(www.pelargos.ru) и в мессенджерах: What’sApp, Telegram и др.

6.2. Виды приемов, продолжительность и порядок записи на прием:

6.2.1. Виды первичного приёма:

- первичный приём врача-специалиста продолжительностью от 20 до 60 минут в зависимости от причины обращения и специализации врача;
- повторный прием врача-специалиста продолжительностью от 20 до 30 минут в зависимости от причины обращения и специализации врача;

- прием врача специалиста при проведении ультразвуковых и иных видов исследований/манипуляций продолжительностью приема от 10 до 60 минут.

6.2.2. В зависимости от клинической картины, эхографической картины, индивидуальным течением заболевания, иными уважительными факторами продолжительность приема в каждом индивидуальном случае может увеличиваться/уменьшаться.

6.3. Запись на приём производится администраторами регистратуры и врачами Клиники при:

-личном обращении пациента в регистратуру Медицинской организации;

- по телефону единой справочной 8 (383) 209-24-29;

-путем подачи заявки на сайте www.pelargos.ru

6.4. Дату и время на плановый приём потребитель (заказчик) выбирает исходя их графика работы конкретного специалиста и имеющегося у него свободного времени в момент формирования записи. При записи на плановый приём потребитель (заказчик) предоставляет администратору Клиники номер контактного телефона для обратной связи.

6.5. Потребитель (заказчик) в случае необходимости срочного приёма записываются в день обращения к специалисту на ближайшее свободное время.

6.6. Все приёмы специалистов осуществляются по предварительной записи, в том числе прием в процедурном кабинете.

6.7. Алгоритм и условия записи пациента по телефону:

а) режим работы единой справочной – ежедневно с 08.00 до 20.00; суббота с 08.00 до 19.00; воскресенье с 08.00 до 18.00 часов.

б) телефон единой справочной: 8 (383) 209-24-29;

в) все входящие звонки обслуживают работники-специалисты единой справочной службы. Основными задачами работников единой справочной являются:

- консультирование по предоставляемым услугам;

- подбор для потребителя (заказчика) максимально удобного времени приёма;

- напоминание о дате и времени приёма, а также ответы на все интересующие вопросы, касающиеся работы Медицинской организации в рамках своих компетенций;

г) при записи на приём работники Клиники информируют потребителя (заказчика) о дате, времени, специальности и ФИО врача, стоимости услуги, порядке подготовки к процедурам;

д) напоминание о приёме производится работниками Клиники накануне дня приема (за одни сутки) в форме звонка по телефону или отправки автоматического сообщения в мессенджеры:What’sApp, Telegram и др;

е) все разговоры с администраторами единой справочной могут быть записаны.

6.10. Всю необходимую информацию о времени приёма врачей всех специальностей, часы их приёма и номера кабинетов, порядок предварительной

записи на приём, потребитель (заказчик) может получить в регистратуре Клиники или по телефону единой справочной службы Клиники.

6.11.Направления на медицинские процедуры выдаются лечащим врачом.

7. ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

7.1. При необходимости получения выписок из медицинской амбулаторной карты, в соответствии с действующим законодательством, потребитель (заказчик) оформляет письменное заявление (форма заявления находится в регистратуре Клиники) Приложение №2 на имя Главного врача с указанием предназначения данной выписки.

7.2. Предоставление потребителю (заказчику) (его законному представителю, доверенному лицу) копий медицинских документов и выписок из них по его желанию осуществляется не чаще одного раза в месяц, за исключением случаев, когда необходимость получения копий медицинских документов и выписок из них предусмотрена законодательством Российской Федерации в целях реализации прав или обязанностей потребителя (заказчика).

7.3. Медицинские документы (их копии) и выписки из них, согласно ч. 1 т. 12 ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», предоставляются в срок, не превышающий тридцати календарных дней со дня регистрации в Медицинской организации заявления, за исключением случаев необходимости получения медицинских документов (их копий) и выписок из них в целях оказания потребителю (заказчику) медицинской помощи в экстренной или неотложной форме либо, когда в заявлении определен иной срок предоставления медицинских документов (их копий, выписок из них).

7.4. В соответствии с пп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ Заказчик имеет право на получение социального налогового вычета по НДФЛ в сумме, уплаченной Заказчиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет.

При необходимости получения справки для налоговой инспекции, подтверждающей факт оказания платных медицинских услуг в Медицинской организации и их стоимость, потребитель (заказчик) может обратиться к администратору регистратуры. Для оформления данной справки необходимо предоставить паспорт, ИНН, а также заполнить специальное заявление (Приложение №3).

Указанная справка предоставляется в срок не превышающий 14 календарных дней с момента обращения с письменным заявлением.

7.5. Ознакомление пациента с медицинской документацией осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

7.6. Результаты анализов отдаются лично пациенту либо его поверенному или законному представителю, а также лицу, указанному в Договоре.

7.7. Пациент и его представители подтверждают, что им известно понятие «персональные данные» и «врачебная тайна», а также право пациента на неразглашение информации о факте обращения им за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании Пациента.

7.8. В соответствии со ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи состояния его здоровья и диагнозе, иные сведения полученные при его медицинском обследовании и лечении составляют врачебную тайну.

7.9. Предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, при этом Исполнитель освобождается от обязанности по информированию Пациента или законного представителя о возникновении подобных обстоятельств.

8. ФОРМЫ СОГЛАСИЙ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ

8.1. При получении медицинской помощи (медицинских услуг), пациент (заказчик) подписывает договор возмездного оказания медицинских услуг, дополнительное соглашение и дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в зависимости от причины обращения в Клинику, а также иные виды документов, по форме, согласно перечня:

1) Согласие на обработку персональных и биометрических данных (Приложение № 1);

2) Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (Приложение № 2);

3) Отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 3);

4) Информированное добровольное согласие на проведение скринингового ультразвукового исследования в 1, 2 и 3 триместрах беременности (Приложение № 4);

5) Информированное добровольное согласие при постановке на учет при одноплодной беременности (Приложение № 5);

6) Информированное добровольное согласие при постановке на учет при многоплодной беременности (Приложение № 6);

7) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для коррекции истмико - цервикальной недостаточности (Приложение № 7);

8) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 8);

9) Информированное добровольное согласие на назначение препарата по

показаниям, не установленного инструкцией (Приложение № 9);

10) Информированное добровольное согласие на медицинское инвазивное вмешательство - внутривенное (внутримышечное, подкожное) введение лекарственных средств (Приложение № 10);

11) Информированное добровольное согласие на введение внутриматочного контрацептива (внутриматочная спираль) (Приложение № 11);

12) Информированное добровольное согласие на извлечение внутриматочного контрацептива (внутриматочная спираль) (Приложение № 12);

13) Информированное добровольное согласие на биопсию шейки матки (Приложение № 13);

14) Информированное добровольное согласие на биопсию новообразования кожи (Приложение № 14)

15) Информированное добровольное согласие на биопсию лимфоузла (Приложение № 15);

16) Информированное добровольное согласие на биопсию вульвы (Приложение № 16);

17) Информированное добровольное согласие на гистеросальпингосонографию (Приложение № 17);

18) Информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования органов малого таза с контрастированием (Приложение № 18);

19) Информированное добровольное согласие на стимуляцию овуляции (Приложение № 19);

20) Информированное добровольное согласие на интимный филлинг (интимная контурная пластика) (Приложение № 20);

21) Информированное добровольное согласие на PRP-терапию (плазмолифтинг) (Приложение № 21);

22) Информированное добровольное согласие на вульвовагинальное лазерное омоложение, шлифовку рубцов промежности, отбеливание кожи промежности аппаратом SmartXide2 DOT2 V2LR (Приложение № 22);

23) Информированное добровольное согласие на кольпоскопию (Приложение № 23);

24) Информированное добровольное согласие на выполнение процедуры с использованием фракционных лазерных технологий (Приложение № 24);

25) Информированное добровольное согласие на инъекцию препаратов Ботокс (Приложение № 25);

26) Информированное добровольное согласие на введение филлеров (инъекционных тканевых наполнителей) (Приложение № 26);

27) Информированное добровольное согласие на биоревитализацию (Приложение № 27);

28) Информированное добровольное согласие на мезотерапию (Приложение № 28);

29) Информированное добровольное согласие на удаление доброкачественных новообразований кожи (кондилом/папиллом/вирусные бородавки) лазером (Приложение № 29);

30) Информированное добровольное согласие на трахелопластику (пластику шейки матки) (Приложение № 30);

31) Информированное добровольное согласие на гистероскопию (гистерорезектоскопию) (Приложение № 31);

32) Информированное добровольное согласие на серкляж на шейку матки по МакДональду (Приложение № 32);

33) Информированное добровольное согласие на вскрытие абсцесса бартолиновой железы (Приложение № 33);

34) Информированное добровольное согласие на удаление кисты бартолиновой железы (Приложение № 34);

35) Информированное добровольное согласие
на циркумцизию (обрезание крайней плоти) (Приложение № 35);

36) Информированное добровольное согласие на френулотомию (пластику уздечки полового члена) (Приложение № 36);

37) Информированное добровольное согласие на пункцию при водянке яичка (гидроцеле) (Приложение № 37);

38) Информированное добровольное согласие на операцию при водянке яичка (гидроцеле) (Приложение № 38);

39) Информированное добровольное согласие на удаление кисты яичка (сперматоцеле) (Приложение № 39);

40) Информированное добровольное согласие на вазэктомию (Приложение № 40);

41) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование почек (Приложение № 41);

42) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование сердца – эхокардиографии (Приложение № 42);

43) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование органов малого таза (Приложение № 43);

44) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование тазобедренных суставов (Приложение № 44);

45) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование органов брюшной полости (Приложение № 45);

46) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование щитовидной железы (Приложение № 46);

47) Информированное добровольное согласие на нейросонографию (Приложение № 47);

48) Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование сосудов (Приложение № 48);

49) Информированное добровольное согласие на лабиопластику (Приложение № 49);

50) Информированное добровольное согласие на диатермоэлектроэксцизию (Приложение № 50);

51) Заявление на выдачу выписки/копии амбулаторной карты пациента (Приложение № 51);

52) Заявление на выдачу справки для оформления социального налогового вычета (Приложение № 52);

53) Объем Диспансерной программы по наблюдению за беременными (Приложение № 53);

54) Информированное добровольное согласие на общую анестезию (общий наркоз) (Приложение № 54);

55) Информированное добровольное согласие на проведение обследование на ВИЧ-инфекцию (Приложение № 55);

56) Договор возмездного оказания медицинских услуг (Приложение № 56);

57) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) (Приложение № 57);

58) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (многоплодная беременность) (Приложение № 58);

59) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» у врача Шишкиной О.И. одноплодная беременность) (Приложение № 59);

60) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» у врача Шишкиной О.И. (многоплодная беременность) (Приложение № 60);

61) Акт оказанных медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/многоплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД» (Приложение № 61);

62) Акт оказанных медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/многоплодная беременность) (Приложение № 62);

63) Соглашение о расторжении договора возмездного оказания услуг (Приложение № 63);

64) Соглашение о досрочном расторжении Дополнительного соглашения к договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/многоплодная беременность) (Приложение № 64);

65) Согласие на использование фото и видео изображений пациента (Приложение № 65);

66) Согласие на нитевой лифтинг промежности (Приложение № 66);

67) Согласие на проведение цервикометрии (Приложение № 67);

68) Согласие на удаление липомы (Приложение № 68);

69) Согласие на медицинское вмешательство для детей (Приложение № 69);

70) Согласие на инъекцию лекарственного препарата, приобретенного пациентом самостоятельно (Приложение № 70);

71) Согласие на пайпель-биопсию (Приложение № 65);

72) Согласие на бужирование цервикального канала (Приложение № 72);

73) Согласие на секторальную резекцию молочной железы (Приложение № 74);

75) Согласие на пугкцию щитовидной железы (Приложение № 75);

76) Согласие на заднюю кольпоррафию с леваторопластикой и пластикой промежности (Приложение № 76);

77) Согласие на проведение трансректального УЗИ простаты (Приложение № 77);

78) Согласие на проведение допплерометрии (Приложение № 78);

79) Согласие на проведение УЗИ мошонки (Приложение № 79);

80) Согласие на проведение УЗИ сердца плода (Приложение № 80);

81) Согласие на пункцию фолликулярной кисты яичника (Приложение № 81);

82) Согласие УЗИ контроль сердцебиения плода (Приложение № 82);

83) Согласие на УЗИ малого срока беременности (Приложение № 83);

84) Согласие на УЗИ расширенная фетометрия (Приложение № 84);

85) Согласие на УЗИ плода в динамике (Приложение № 85);

86) Согласие на хранение замороженной спермы (Приложение № 86);

87) Согласие на спермограмму (Приложение № 87);

88) Согласие на инсеминацию спермой мужа (Приложение № 88);

89) Согласие на инсеминацию спермой мужа (Приложение № 89);

90) Согласие на переднюю и заднюю кольпоррафию с леваторопластикой, пластику промежности (Приложение № 90);

91) Согласие на местную анестезию (Приложение № 91);

92) Согласие на ЭКГ (Приложение № 92);

93) Согласие на КТГ (Приложение № 93);

94) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» у врача Снежковой В.А. (одноплодная беременность) (Приложение № 94);

95) Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» у врача Снежковой В.А. (многоплодная беременность) (Приложение № 95);

96) Согласие на магнитную стимуляцию мышц тазового дна аппаратом Авантрон;

97) Согласие на наложение швов на слизистую оболочку влагалища;

98) Согласие на проведение кавитации;

99) Согласие на лазеротерапию;

100) Согдасие на КВЧ-терапию;
101) согласие на фолликулометрию;

9. УЧЕТ ОБЪЕМОВ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. Объем платных услуг отражает объем потребления населением различных видов услуг и измеряется суммой денежных средств, полученных от населения, Медицинской организацией, а также иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.2. В формах статистической отчетности объем платных услуг населению приводится в фактически действующих рыночных ценах, включающих налог и другие обязательные платежи.

9.3. Виды медицинских услуг, оказываемых Клиникой гражданам за счет их личных средств, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации, определяются в соответствии с пунктом 3.11. настоящих Правил.

9.4. Перечни платных медицинских услуг и услуг сервиса, оказываемых Медицинской организацией, размещаются на официальном сайте Клиники и информационных стендах (стойках) с постоянным внесением изменений в эти перечни.

10. ЦЕНЫ НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

10.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании калькуляции с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг. Цена на платные медицинские услуги выражается в рублях.

10.2. Цены на платные медицинские услуги формируются Клиникой самостоятельно и утверждаются генеральным директором.

10.3. Медицинская организация вправе по своему усмотрению предоставлять скидки гражданам в любом размере.

10.4. Оплата медицинских услуг производится путем безналичных расчетов через учреждения банков или путем внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Клиники с выдачей документа, подтверждающего оплату (кассового чека).

10.5. По требованию лица, оплатившего услуги, Медицинская организация выдает справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы, см. п. 7.4. Настоящих Правил.

11. КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ

11.1. Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, а также правильностью взимания платы за оказанные платных медицинских услуг осуществляют в пределах своей компетенции Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориальный орган Росздравнадзора по НСО.

11.2. Руководство Клиники вправе самостоятельно проводить внутренние проверки на предмет соответствия оказываемых платных медицинских услуг требованиям законодательства и внутренним правилам.

11.3. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации;

11.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.5. Правила вступают в силу с момента из утверждения Приказом Главного врача Клиники, если иной срок вступления в силу прямо неустановлен Правилами, и действуют до момента отмены таковых Исполнителем.

11.6. Исполнитель оставляет за собой право вносить изменения в настоящие Правила и/или отменить действие Правил в любой момент по своему усмотрению. Внесение Исполнителем изменений в Правила допускается при условии, что такие изменения не ущемляют права и законные интересы Заказчика/Пациента.

Информация об указанных изменениях и/или об отмене действия Правил будет размещаться на Сайте и в медицинском офисе Исполнителя.

В случае внесения Исполнителем изменений в Правила, такие изменения вступают в силу с момента их утверждения Приказом Главного врача Клиники, если иной срок вступления изменений в силу не определен дополнительно при таком размещении. В случае несогласия Пациента/Заказчика с измененным текстом Правил Пациент/Заказчик вправе отказаться от Договора возмездного оказания платных медицинских услуг.

12. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

12.1. В случае временной нетрудоспособности Пациента Исполнителем оформляются и выдаются листы временной нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается Пациентам наблюдавшимся у Исполнителя в 30 недель беременности единовременно продолжительностью на 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов, при многоплодной беременности в 28 недель беременности единовременно продолжительностью на 194 дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

В случае если Пациентка при обращении в Клинику в установленный срок отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам на период отпуска по беременности и родам, ее отказ фиксируется в медицинской документации.

12.3. Листок нетрудоспособности при лечении Пациентов выдается Клиникой в следующих случаях:

- при амбулаторном лечении заболеваний Пациента, связанных с временной нетрудоспособностью – единолично лечащим врачом на срок до15календарных дней включительно, при временной нетрудоспособности более 15 дней выдается и продлевается по решению врачебной комиссии;

Приложение № 1
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Согласие на обработку персональных и биометрических данных

Я, _____
фамилия, имя, отчество
проживающий(проживающая) по адресу:_____
_____
паспорт:_____
_____
_____
серия, номер, кем и когда выдана

настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных / персональных данных лица (ненужное
зачеркнуть):_____
_____
_____
Фамилия, имя, отчество ребенка /недееспособного лица полностью) (число, месяц, год рождения)

законным представителем которого я являюсь (подчеркнуть: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель), на основании_____
_____

следующему Оператору: «ЦРТ-МЕД», (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85, а именно разрешаю Оператору выполнение следующих действий (операций) или совокупность действий (операций): сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу(распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, разрешаю Оператору выполнять не автоматизированную и автоматизированную обработку моих персональных данных, в том числе разрешаю обработку моих персональных данных в электронной медицинской документации Оператора.

Разрешаю Оператору в целях выполнения Договора и оказания мне медицинских услуг предоставлять мои персональные данные третьим лицам, привлекаемым Оператором, а именно: медицинским специалистам, врачам, лабораториям, экспертам, научно-исследовательским организациям, специалистам в области генетики, биологии, организациям здравоохранения. Настоящее согласие на обработку персональных данных предоставлено с целью оказания мне медицинских услуг по Договору и осуществления платного медицинского обслуживания в организации Оператора, *согласие дано в отношении следующих персональных и биометрических (изображение на видеозаписи) данных:*

- Фамилия, Имя, Отчество;
-Год, месяц, дата и место рождения, семейное положение;
- Адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (e-mail);
- Реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- Номер полиса ОМС, номер полиса ДМС, СНИЛС;
- Сведения о месте работы и должность;
- Информация о состоянии здоровья, заболеваниях, в том числе: результаты обследований, лабораторной диагностики, информация о получении Медицинских услуг в организации Оператора;
- Изображение пациента на видеозапись организации.

Настоящим согласием на обработку персональных данных я подтверждаю свою осведомленность о том, что в помещении ООО «ЦРТ-МЕД» (общий коридор, входная группа дверей на улицу и торцевая стена здания) находятся под видеонаблюдением, установленным с целью обеспечения личной безопасности, контроля сохранности имущества работников и пациентов (посетителей) ООО «ЦРТ-МЕД», соблюдения порядка в помещении организации, контроля трудовой дисциплины сотрудников, проверки требований обеспечения охраны труда и техники безопасности в организации.

Видеозапись проводится в местах общего пользования, и не направлена на получение какой либо личной и конфиденциальной информации о пациентах (посетителях), сотрудников организации.

Порядок обработки, хранения и дальнейшего использования видеозаписи регулируется в соответствии с Положением о системе видеонаблюдения в ООО «ЦРТ-МЕТ», полученное видеоизображение не подлежит опубликованию, его обработка, хранение и использование допускаются согласно действующего законодательства РФ, на основании запросов уполномоченных государственных органов, с целью выявления правонарушения (преступления), содействия в их расследовании.

Также даю согласие на обработку ООО «ЦРТ-МЕД» своих персональных данных, в целях предложения мне услуг клиники, путем осуществления прямых контактов со мной, по средствам sms рассылок, рассылок в мессенджерах, включая WhatsApp, Telegram и др., а также сообщений на адрес электронной почты (e-mail).

Настоящее согласие дано субъектом персональных данных (пациентом/потребителем), указанным выше в начале текста настоящего документа, на срок хранения первичной медицинской документации 25 (Двадцать пять) лет и может быть отозвано путем направления письменного заявления Оператору. Согласие будет считаться отозванным с даты получения Оператором от субъекта персональных данных заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, такое заявление должно быть оформлено, подписано и передано в организацию Оператора непосредственно (лично) субъектом персональных данных при условии предъявления документа, удостоверяющего личность, либо направлено почтовым отправлением или курьерской службой по почтовому адресу Оператора.

В случае отправке заявления на отзыв настоящего согласия на обработку персональных данных по почте, подпись субъекта персональных данных в заявлении об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных должна быть удостоверена нотариусом.

«_____»_____20_____г.

Подпись субъекта персональных данных:

_____/_____

Приложение № 2
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
_____
(Ф.И.О. гражданина)
"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

, в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20), добровольно обращаюсь в ООО «ЦРТ-МЕД» (далее Исполнитель) и даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств:

опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций; не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, допплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинского массажа; лечебной физкультуры

Работники Исполнителя в доступной форме уведомили меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

Я информирован(а) и понимаю свою обязанность полного информирования лечащего врача обо всех мне известных случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых, так и хронических, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, курении, высказывать все жалобы. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого иного медицинского работника из персонала Исполнителя, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. Я уведомлен(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках ОМС по месту прикрепления.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ.

Я подтверждаю, что мне разъяснена вся информация, изложенная мне медицинским работником_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

В соответствии с пунктом 5 части 3 статья 19 Федерального закона №323-ФЗ я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания членам моей семьи, законным представителям, гражданам:

_____

_____

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию степень родства)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением процедуры, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о согласии на медицинское вмешательство.

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.

_____/ _____

(подпись и Ф.И.О. пациента) (контактный телефон Пациента)

Расписался в моем присутствии:
Врач (Ф.И.О.) _____
подпись _____

Приложение № 3
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
_____
(Ф.И.О. гражданина)
"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20), добровольно обращаюсь в ООО «ЦРТ-МЕД» (далее Исполнитель), отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций; не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, допплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинского массажа; лечебной физкультуры.

А также отказываюсь от определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 No 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05 2012 No 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

В том числе отказываюсь от _____
(наименование вида медицинского вмешательства)
_____

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ _____
(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

« _____»_____ г

Приложение № 4
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на проведение скринингового ультразвукового исследования в 1, 2 и 3 триместрах беременности

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.30.008.01 **A04.30.008.02** **A04.30.008.03** **A04.30.008.04** **A04.30.008.05** **A04.30.008.06** **A04.30.008.07** **A04.30.008.08** **A04.30.008.09**	***Скрининговое ультразвуковое исследование плода***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: определение беременности; оценка развития плода внутри утробы; оценка состояния плаценты матери; диагностика пороков развития; определение пола ребенка; определение размеров плода; определение примерного веса ребенка и состояния пуповины, а также соизмеримости размера его головы и родовых путей матери.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода представляет собой диагностический метод, при котором применяются звуковые волны высокой частоты и осуществляется регистрация звуковых сигналов, отражающихся органами и тканями, с их последующей расшифровкой и описанием. В районе живота матери наносится гель. Ультразвуковые колебания от датчиков передаются в человеческое тело, акустические волны двигаются в тканях и видоизменяются, а затем возвращаются к датчику, где происходит их преобразование в электросигналы, которые обрабатываются аппаратом УЗИ-диагностики. Полученные результаты отображаются на экране в виде изображения.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода может осуществляться трансабдоминальным и/или трансвагинальным методом. При трансабдоминальном методе датчик располагается на животе, а при трансвагинальном методе датчик вводится во влагалище.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода является безопасной и безболезненной процедурой.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода осуществляется трансабдоминальным методом/трансвагинальным методом

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода осуществляется в двух плоскостях/в трех плоскостях (3D-УЗИ)/в трех плоскостях в режиме реального времен (4D-УЗИ) (ненужное зачеркнуть).

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода осуществляется с допплерографией/без допплерографии.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом ультразвукового исследования плода является получение изображения плода, к которому прилагается заключение врача ультразвуковой диагностики с расшифровкой.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода, как любое исследование обладает определѐнными диагностическими пределами, а также возможно ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологически процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Мне разъяснено, что фото и видеозапись ультразвукового исследования предоставляется пациентам клиники путем направления ссылки для скачивания на телефон, указанный в Договоре на оказание платных медицинских услуг. На телефон пациента дополнительно направляется пароль для скачивания, который подлежит введению до начала момента скачивания.

Мне разъяснено, что запись исследования не содержит персональных данных пациента, а имеет цифровой код, присваиваемый при осуществлении записи конкретного исследования и сообщаемый пациенту по его завершении.

Я даю согласие на передачу результатов скринингового ультразвукового исследования по открытым каналам связи.

Я проинформирована о том, что месенджер WhatsApp является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему мессенджеру третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Условием прекращения передачи персональных данных по открытым каналам связи является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Заявления на передачу моих персональных данных по открытым каналам связи.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 5
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
при постановке на учет при одноплодной беременности

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания:
_____
_____

даю информированное добровольное согласие **на постановку на учет при одноплодной беременности** срок - _____ недель, на момент постановки на учет, **уведомлена о необходимости сдачи анализов, проведения иных медицинских манипуляций согласно списка указанного ниже**, также даю свое согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос»), в течение всего срока беременности, согласно следующего списка:

1. **Общеклиническое обследование при постановке на учет:**
   - Общий анализ крови;
   - Общий анализ мочи;
   - Группа крови, резус-фактор;
   - Биохимический анализ крови;
   - Гемостаз;
   - Обследование на TORCH-инфекции;
   - Бактериологический посев мочи на флору;
   - АТ к ВИЧ;
   - АТ к сифилису;
   - АТ к гепатитам В и С;
   - Аллоиммунные АТ (при отсутствии резус-фактора крови);
   - ТТГ, Т4 св;
   - Мазок на флору;
   - Мазок на онкоцитологию;
   - ПЦР на ИППП;
   - Бактериологический посев на флору из цервикального канала;
   - Бактериологический посев на трихомоны;
2. I УЗИ скрининг и б/х скрининг на риски хромосомной патологии в 11 недель 5 дней – 13 недель 6 дней;
3. Цервикометрия в 16 недель;
4. Общий анализ мочи в 15-16 недель;
5. Общий осмотр терапевта;
6. Общий осмотр окулиста;
7. ЭКГ;
8. **Обследование в 20 недель:**
   - Общий анализ крови;
   - Общий анализ мочи;
   - Ферритин;
   - IgM к ЦМВ, ВПГ, ТОХО;
   - Гликированный гемоглобин;
9. II УЗИ скрининг в 20-21 неделю;
10. Допплерометрия и ЭХО-КС плода в 25-26 недель;
11. Общий анализ мочи в 25-26 недель;

12. Аллоиммунные АТ (при отсутствии резус-фактора крови);
13. **Общеклиническое обследование в 30 недель:**
    - Общий анализ крови;
    - Общий анализ мочи;
    - Биохимический анализ крови;
    - Гемостаз;
    - АТ к ВИЧ;
    - АТ к сифилису;
    - АТ к гепатитам В и С;
14. УЗИ плода в III триместре в 32-34 недели с допплерометрией;
15. КТГ плода с 34 недель каждые 10-14 дней;
16. Фетометрия в 36-38 недель;
17. Осмотр терапевта
18. **Обследование в 36 недель:**
    - Общий анализ мочи;
    - АТ к ВИЧ;
    - АТ к сифилису;
    - Мазок на флору;
    - Бактериологический посев на флору из цервикального канала;

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цель проведения вышеуказанных медицинских манипуляций - мониторинг состояния здоровья пациента и плода на протяжении всего срока беременности, своевременное предотвращение нежелательных изменений состояния здоровья пациента и плода на протяжении всего срока беременности.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 6
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
при постановке на учет при многоплодной беременности

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания:
_____
_____

даю информированное добровольное согласие **на постановку на учет при одноплодной беременности** срок - _____ недель, на момент постановки на учет, **уведомлена о необходимости сдачи анализов, проведения иных медицинских манипуляций согласно списка указанного ниже**, также даю свое согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос»), в течение всего срока беременности, согласно следующего списка:

1. Общеклиническое обследование при постановке на учет:

- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Группа крови, резус-фактор;
- Биохимический анализ крови;
- Гемостаз;
- Обследование на TORCH-инфекции;
- Бактериологический посев мочи на флору;
- АТ к ВИЧ;
- АТ к сифилису;
- Обследование на гепатит В и С;
- Аллоиммунные АТ (при отсутствии резус-фактора крови);
- ТТГ, Т4 св;
- Мазок на флору;
- Мазок на онкоцитологию;
- ПЦР на ИППП;
- Бактериологический посев на флору из цервикального канала;
- Бактериологический посев на трихомоны;

2. I УЗИ скрининг и б/х скрининг на риски хромосомной патологии в 11 недель 5 дней – 13 недель 6 дней;
3. фетометрия в 16 недель;
4 Общий анализ мочи в 15-16 недель;
5. Общий осмотр терапевта;
6. Общий осмотр окулиста;
7. ЭКГ;

8. Обследование в 20 недель:

- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Биохимический анализ крови;
- Гемостаз;
- Ig M к ЦМВ, ВПГ, ТОХО;

9. II УЗИ скрининг в 20-21 неделю;

10. Допплерометрия и ЭХО-КС плода в 26-27 недель;
11. Общий анализ мочи в 25-26 недель;
12. Общеклиническое обследование в 28 недель:
- общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Биохимический анализ крови;
- Гемостаз;
- АТ к ВИЧ;
- АТ к сифилису;
- Обследование на гепатит В и С;
- Аллоиммунные АТ (при отсутствии резус-фактора крови);

13. УЗИ плода в III триместре в 32-34 недели с допплерометрией;
14. КТГ плода с 34 недель каждые 10-14 дней;
15. Фетометрия в 36-37 недель;
16. Осмотр терапевта
17. Обследование в 36 недель:
- Общий анализ мочи;
- АТ к ВИЧ;
- АТ к сифилису;
- Мазок на флору;
- Бактериологический посев на флору из цервикального канала;

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цель проведения вышеуказанных медицинских манипуляций - мониторинг состояния здоровья пациента и плода на протяжении всего срока беременности, своевременное предотвращение нежелательных изменений состояния здоровья пациента и плода на протяжении всего срока беременности.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 7
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для коррекции истмико - цервикальной недостаточности
(введение акушерского пессария)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.20.041	***Введение акушерского пессария***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- использование акушерского пессария направлено на профилактику преждевременного прерывания данной беременности;
- продолжительность нахождения акушерского пессария во влагалище от момента введения до 37-38 недели беременности или до начала родовой деятельности или до появления медицинских показаний для его удаления при возникновении некоторых акушерских ситуаций (заболеваний, осложнений);
- введение или удаление акушерского пессария является строго врачебной манипуляцией;
- введение (удаление) акушерского пессария процедура амбулаторная, но при необходимости может потребоваться госпитализация в стационар;
- в редких случаях может возникнуть ситуация, когда акушерский пессарий необходимо будет удалить, а затем снова ввести;
- при использовании акушерского пессария нет противопоказаний к использованию дополнительных лекарственных препаратов;
- размер акушерского пессария подбирает лечащий врач;
- в редких случаях могут возникнуть непредвиденные затруднения при введении акушерского пессария. В подобных ситуациях введение акушерского пессария откладывается, а при повторных неудачах предлагается другой метод лечения.

Технически введение акушерского кольца врач осуществляет на гинекологическом кресле. Специалист в сжатом виде вводит устройство.

Пессарий должен занять такое положение, чтобы шейка матки оказалась в центре кольца.

Пессарий является предметом однократного использования, изготавливается из гипоаллергенного безопасного материала (хирургического силикона).

Я предупреждена, что обязана строго следовать рекомендациям лечащего врача.

Я информирована врачом, что при введении (удалении) акушерского пессария возможны временные побочные эффекты: небольшая болезненность во время манипуляции.

Я информирована о том, что при проведении лечения в редких случаях могут возникнуть осложнения: аллергическая реакция на силикон или смазку; воспалительный процесс влагалища; самопроизвольное изгнание акушерского пессария; в очень редких случаях возможен отек шейки матки; в крайне редких случаях акушерский пессарий при длительном ношении может самостоятельно проникать через стенку влагалища и попадать в брюшную полость; в очень редких случаях возможно ущемление шейки матки.

Я предупреждена о необходимости немедленно обратиться к врачу в случаях:

- появления выделений желтого или зеленоватого оттенка (возможно присоединение бактериальной инфекции);

- выделения приобрели резкий или/и неприятный запах;
- в выделениях имеются примеси крови;
- выделения сопровождаются зудом и жжением во влагалище;
- появилась боль и тянущие ощущения внизу живота или пояснице;
- появления слишком обильных выделений без цвета и запаха (возможно повреждение плодного пузыря);

На фоне ношения пессария может резвится воспаление слизистой оболочки влагалища – кольпит.

Во время ношения пессария необходимо регулярно посещать врача акушера- гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально.

Я предупреждена, что обязана сообщить лечащему врачу до начала лечения обо всех перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях, хронических заболеваниях, а также принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах.

Мне разъяснено, что во время ношения акушерского пессария запрещено жить половой жизнью (вагинально); при подмывании не трогать кольцо руками, запрещено самостоятельно пытаться изменить положение пессария, извлекать либо устанавливать его.

Я знаю, что о любых осложнениях и отклонениях от разъясненного мне обычного течения периода после введения (удаления) акушерского пессария необходимо сообщить лечащему врачу по телефонам Клиники и прибыть в Клинику для осмотра.

Я знаю, что в случае невозможности, по объективным обстоятельствам, явиться на запланированный прием к лечащему врачу, я должна сообщить об этом в Клинику для назначения другой даты явки на прием.

Я приняла свое решение твердо и даю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства ВВЕДЕНИЕ ПЕССАРИЯ АРАБИН.

Я также даю согласие на оперативные или иные меры, которые могут быть сочтены необходимым для достижения наилучшего эффекта и пользы моего здоровья.

Мне не было дано никаких заверений в том, что медицинское вмешательство будет проведено каким-либо особым практикующим врачом.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 8
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство удаление акушерского пессария

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.20.042	***Удаление акушерского пессария***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- использование акушерского пессария направлено на профилактику преждевременного прерывания данной беременности;
- продолжительность нахождения акушерского пессария во влагалище от момента введения до 37-38 недели беременности или до начала родовой деятельности или до появления медицинских показаний для его удаления при возникновении некоторых акушерских ситуаций (заболеваний, осложнений);
- удаление акушерского пессария является строго врачебной манипуляцией;
- удаление акушерского пессария процедура амбулаторная, но при необходимости может потребоваться госпитализация в стационар;

Мне также разъяснено, что удаление акушерского пессария проводится досрочно при:
- отхождение околоплодных вод;
- развитие воспалительного процесса во влагалище;
- кровотечениях;
- аллергических реакциях на пессарий;
- жалобы на постоянный дискомфорт и неприятные ощущения от пациентки;
- пороки развития плода, несовместимые с жизнью

Устройство также подлежит удалению при необходимости проведения гинекологического лечения.

По завершении процедуры влагалище пациентки обрабатывают антисептическими средствами.

Я предупреждена, что обязана строго следовать рекомендациям лечащего врача.

Я информирована врачом, что при удалении акушерского пессария возможны временные побочные эффекты: небольшая болезненность во время манипуляции.

Мне не было дано никаких заверений в том, что медицинское вмешательство будет проведено каким-либо особым практикующим врачом.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20

Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 9
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на назначение препарата по показаниям, не установленных инструкцией

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

Вид вмешательства/услуги
Назначение препарата по показаниям, не установленных инструкцией

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

на использование для моего лечения препарата

_____

Мне разъяснено, что:

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати.
- ранее назначенная мне терапия не была в достаточное мере эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакции и следующих побочных эффектов: _____;
- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении мне.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Я имела возможность ознакомиться с решением Консилиума (врачебной комиссии) о целесообразности проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы лечения, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты приема данного препарата. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от приема данного препарата.

В доступной для меня форме я получил(а) информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

_____

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Пациент информирован о показаниях, не установленных инструкцией препарата, и возможных побочных эффектах от применения данного препарата.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

«___»_____20____г. Подпись_____

Приложение № 10
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на медицинское инвазивное вмешательство - внутривенное (внутримышечное, подкожное) введение лекарственных средств

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.12.003.01 ***A11.01.002.01*** ***A11.02.002.01***	***Инвазивное вмешательство:*** ***- внутривенное,*** ***- внутримышечное,*** ***- подкожное*** ***Вид:***_____

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

цели оказания медицинской помощи: мне разъяснено, что инвазивные вмешательства – это методы лечения с помощью операций и манипуляций, осуществляемых путем проникновения во внутреннюю среду организма человека.

Инвазивное вмешательство назначается с целью выполнение назначения лечащего врача в лечебных целях в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства

- методы оказания медицинской помощи: мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата представляет собой способ введения лекарственного препарата в организм человека при помощи инъекционного шприца.

Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата осуществляется в процедурном кабинете, в отделении стационара медицинской организации, на дому у пациента. Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата осуществляется на основании назначения лечащего врача в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства.

Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата осуществляется путем введения лекарственного препарата, самостоятельно приобретенного и предоставленного пациентом, или путем введения лекарственного препарата, предоставленного медицинской организацией. В случае введения лекарственного препарата, самостоятельно приобретенного и предоставленного пациентом, пациент несет ответственность за соблюдение условий хранения лекарственного препарата на этапе от приобретения его в аптечной организации до передачи медицинскому работнику для введения в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства. Медицинский работник перед инъекцией лекарственного препарата проверяет его пригодность путем проверки срока годности, дозировки и внешнего осмотра на предмет наличия примесей, внешних включений, неестественного цвета и сопоставляет с листом назначения лечащего врача.

Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата может производиться методами подкожного, внутримышечного или внутривенного введения лекарственного препарата.

Инъекция лекарственного препарата методом подкожного введения осуществляется следующим образом. Место инъекции - наружная поверхность плеча, передненаружная поверхность бедра, подлопаточное и межлопаточное пространства, боковая поверхность брюшной стенки. Кожа обрабатывается этиловым спиртом, затем медицинский работник большим и указательным пальцами одной руки захватывает кожу в

складку, в основание которой другой рукой быстро вводит иглу шприца; толкая поршень шприца, вводит лекарственный препарат в подкожную клетчатку. После этого игла извлекается, место прокола дезинфицируется. Подкожное введение лекарственных средств обеспечивает хорошую биологическую фильтрацию их через мембраны соединительной ткани и капиллярные стенки. Из подкожной клетчатки лекарственное средство проникает в кровь несколько медленнее из-за меньшего в ней кровообращения, при этом всасывание лекарственного вещества происходит медленнее, чем при внутримышечном и внутривенном введении, и проявление терапевтического эффекта происходит постепенно и сохраняется более длительно.

Инъекция лекарственного препарата методом внутримышечного введения осуществляется следующим образом. Место инъекции - ягодицы или передненаружная поверхность бедра. Кожа обрабатывается этиловым спиртом, затем медицинский работник первым и вторым пальцами одной руки растягивает кожу и вводит иглу в мышцу на 2/3 ее длины, надавливает на рукоятку поршня и вводит лекарственный препарат. После этого игла извлекается, место прокола дезинфицируется.

Внутримышечное введение лекарственных средств обеспечивает более быстрое всасывание лекарственного препарата, чем при подкожном введении. Инъекция лекарственного препарата методом внутривенного введения осуществляется следующим образом. Кожа в месте инъекции обрабатывается этиловым спиртом, затем медицинский работник вводит иглу в вену, надавливает на рукоятку поршня и вводит лекарственный препарат. Лекарственный препарат вводится в вену медленно из-за опасности создания очень высокой его концентрации, что может проявиться в токсическом эффекте. После этого игла извлекается, место прокола дезинфицируется. Достижение эффекта лекарственного средства при его введении в вену осуществляется очень быстро.

При внутривенном введении в крови создается сравнительно высокая концентрация лекарственных веществ, и они очень быстро попадают в сердце и мозг, в силу чего сильнодействующие препараты предварительно разводят в растворе натрия хлорида или в растворах глюкозы. Существенным отрицательным моментом введения лекарственного препарата в вену является отсутствие его биологической фильтрации, которая имеет место при других способах применения.

Внутривенное введение медикаментозного средства имеет ряд достоинств: препарат сразу поступает в кровь, не задерживаясь в тканях; средство начинает действовать сразу после введения, то есть с первых секунд; побочные эффекты в некоторых случаях проявляются с момента начала введения препарата, что дает возможность прекратить процедуру, не дожидаясь ухудшения состояния пациента.

Медикаментозные средства лучше всего вводить: в вену, расположенную на локтевом сгибе; в вену, находящуюся на тыльной стороне кистей рук.

Техника выполнения внутривенной инъекции такова: пациент садится или ложится в специальное кресло или на кушетку; медицинский специалист дезинфицирует ладони и надевает резиновые перчатки, шприц извлекается из упаковки и в него набирается лекарство, после чего на иголку надевается колпачок и инструмент помещается в стерильный лоток; рука пациента затягивается жгутом выше места укола, после чего его просят поработать кулаком, чтобы лучше обозначилась вена; место введения препарата обрабатывается спиртосодержащим препаратом; иголкой выполняется прокол, после чего жгут снимается с руки; лекарство медленно вводится в кровь; иголка извлекается из вены, после чего место прокола обрабатывается тампоном, пропитанным спиртосодержащим раствором.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что способ введения лекарственного препарата и его дозировка определяются лечащим врачом и указываются в листе назначений. Введение лекарственного препарата осуществляется в строгом соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и назначениями лечащего врача.

Противопоказания к введению лекарственного препарата определяются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата. Возможные осложнения после введения лекарственного препарата определяются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата.

Кроме того, осложнениями при инвазивных вмешательствах могут являться: гематома (повреждение сосуда инъекционной иглой и образование гематомы), тромбофлебит воспаление вены с образованием в ней тромба), повреждения надкостницы, сосудов, нервов, инфильтрат ягодичной области, абсцесс ягодичной области, аллергические реакции (в зависимости от вводимого препарата и индивидуальной реакции пациента: крапивница, острый насморк, острый конъюнктивит, отек Квинке, анафилактический шок.

В случае возможного появления вышеуказанных побочных явлений от инвазивных вмешательств, мне разъяснена необходимость немедленного обращения к врачу для получения консультации.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата производится методом подкожного введения лекарственного препарата/методом внутримышечного введения лекарственного препарата/методом внутривенного введения лекарственного препарата.

Мне разъяснено, что инъекция лекарственного препарата осуществляется в условиях процедурного кабинета медицинской организации.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом инъекции лекарственного препарата является поступление лекарственного препарата в организм пациента в лечебных целях в

соответствии с назначением лечащего врача и инструкцией по применению лекарственного препарата.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 11
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на введение внутриматочного контрацептива
(внутриматочная спираль)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***п/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.20.014	***Введение внутриматочного контрацептива (внутриматочная спираль, ВМС)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Внутриматочная спираль (ВМС) является одним из методов контрацепции для женщин. Она вводится врачом в полость матки, имеет форму буквы "Т" с двумя нитями («усиками») на конце. Гормоносодержащая ВМС выделяет гормон левоноргестрел, может находится в организме в течение пяти лет.

Я уведомлена, что ВМС не защищает от венерических заболеваний.

Мне разъяснили, что процедура установки ВМС сводится к следующему: во влагалище будет вставлено зеркало и врач сможет определить местонахождение шейки матки. Шейка и влагалище будут обработаны антисептиком. Другой инструмент, называемый пулевые щипцы будет использоваться для удержания шейки матки в фиксированном положении. Врач вставляет специальный инструмент – маточный зонд - для измерения длины полости матки. Плечи Т-образной спирали складываются в проводник. Врач вводит проводник в матку через влагалище и шейку матки. Как только врач вставит проводник, он немного вытягивает его обратно, что позволяет ВМС принять изначальную Т-образную форму внутри матки. Проводник и пулевые щипцы затем будут удалены. «Усики» ВМС будут выступать из шейки матки во влагалище. Они укорачиваются до длины 2 - 3 см. в конце процедуры удаляется зеркало.

Возможные осложнения могут включают: боль при введении зеркала во влагалище, жжение во влагалище после обработки слизистой антисептическим раствором, болезненность матки при наложении пулевых щипцов на шейку матки и зондирование полости матки, боль при введении проводника для установки ВМС. Введение ВМС относиться к малым хирургическим операциям, в полости матки и во влагалище находятся острые, колющие предметы, для чего необходимо строго выполнять команды врача и не производить движения тазом. После введения ВМС в полость матки могут наблюдаться тянущие боли, как реакция матки на инородное тело, боли могут сохраняться некоторое время, могут усилиться кровяные выделения. Качество ВМС на прямую зависит и влияет на технику введения и болевые ощущения при этом. При введении ВМС возможна перфорация (прокол) матки из -за особенностей самой матки, ранее сделанных абортов, проводимых лечений, родов других особенностей организма, поведения после введения ВМС - поднятие тяжестей более одного килограмма, половой контакт, физические нагрузки, стресс, нежелание организма носить инородный предмет; спазмы; аномальные кровотечения и кровянистые выделения в течение нескольких месяцев после установки; боли при менструации; бесплодие; тазовые инфекции; повреждение матки или других органов малого таза; нерегулярная менструация или отсутствие менструации. эффективность ВМС 99%; возможно наступление беременности, с расположением плодного яйца в полости матки; возможно развитие внематочной беременности; возможно самопроизвольное удаление ВМС из полости матки (экспульсия);

Противопоказания к установке ВМС: вагинальные кровотечения неясной этиологии; деформированная матка; инфекции органов малого таза после родов или аборт в последние три месяца; наличие заболеваний передающихся половым путем или другой инфекции в области таза; повышенный риск инфекции органов малого таза (на пример, наличие более одного сексуального партнера, проблемы с иммунной системой); цервикальный рак или рак шейки матки; болезни печени или рак печени, рак молочной железы;

Мне разъяснено, что после установки ВМС необходимо незамедлительно связаться с врачом при наличии следующих признаков: изменилась длина «усиков»; невозможно нащупать "усики" пальцами; ощущение выпадения ВМС из шейки матки; подозрение на беременность; тяжелые менструации или увеличение длительности менструального периода; пропущенный, поздний, или короткий менструальный период; признаки венерического заболевания у вас или вашего партнера; тяжелые судороги, боль или болезненность в животе; боль или кровотечение во время полового контакта; необъяснимая лихорадка или озноб; гриппоподобные симптомы, такие как боль в мышцах и усталость; выделения из влагалища или язвы на половых органах; необъяснимые вагинальные кровотечения; сильная головная боль и мигрень; признаки сердечного приступа или инсульта.

Процесс введения ВМС может осложниться перфорацией матки, развитием кровотечения, развитием воспалительного процесса в матке и придатках. При неудовлетворительном самочувствии, я обязана обратиться для контрольного осмотра через 3-10 дней и провести ультразвуковое исследование полости матки (по рекомендации).

Я информирована, что при ухудшении самочувствия, мне необходимо обратиться в ООО «ЦРТ-МЕД» немедленно (в часы его работы).

Перед введением ВМС, я получила разъяснения по всем пунктам данного информированного согласия, все вопросы, касающиеся меня индивидуально, были мной заданы, и я получила исчерпывающие ответы.

После обсуждения всей информации, принимаю решение об использовании внутриматочного контрацептива.

Мне рекомендовано: в течение первых 3-7 дней после введения ВМС, воздерживаться от половой жизни, исключить физические нагрузки, обратиться для контрольного осмотра. После чего мне будут даны дальнейшие рекомендации по наблюдению.

При невыполнении мной любой из рекомендаций, повлекших за собой развитие каких-либо осложнений, а также необходимость удаления ВМС, ООО «ЦРТ-МЕД» ответственности не несет.

Мне не было дано никаких заверений в том, что медицинское вмешательство будет проведено каким-либо особым практикующим врачом.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 12
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на извлечение внутриматочного контрацептива
(внутриматочная спираль)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.20.015.01 ***A11.20.015.02***	***Извлечение внутриматочного контрацептива*** ***(внутриматочная спираль ВМС)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Внутриматочная спираль – одно из средств контрацепции. ВМС препятствует прикреплению яйцеклетки к стенке матки, гормонсодержащие ВМС сгущают шеечную слизь, тем самым препятствуют проникновению сперматозоидов в полость матки. Спираль устанавливается на определенный срок – в среднем от трех до пяти лет.

По истечению срока экспозиции внутриматочная спираль должна быть удалена. Эту процедуру должен проводить врач-гинеколог в условиях гинекологического кабинета.

Мне разъяснено, что удаляют внутриматочную спираль по следующим причинам:

- истечение срока эксплуатации спирали (срок указывается в инструкции по эксплуатации и каждая женщина перед установкой ВМС должна быть информирована о сроке, на который она устанавливается);
- планирование женщиной беременности;
- желание женщины удалить спираль;
- экспульсия ВМС – смещение спирали, при котором она не способна препятствовать возникновению беременности;
- беременность;
- воспалительные заболевания органов женской репродуктивной системы;
- другие заболевания женской половой системы – миома матки с быстрорастущими узлами.

Поводом для удаления внутриматочной спирали могут являться следующие жалобы:

- постоянные боли внизу живота;
- стойкая лихорадка после установки ВМС;
- патологические выделения из половых путей;
- аномальное маточное кровотечение;
- диагностированный рак матки или шейки матки.

Противопоказаний к удалению ВМС нет, так как сама спираль является инородным имплантатом, она рано или поздно должна быть удалена.

Подготовка:

Перед извлечение спирали рекомендуется пройти процедуру УЗИ матки для определения точной локализации спирали.

Удаляет ВМС врач-гинеколог, рекомендуется удалять спираль во время месячных. В самом простейшем случае, при отсутствии каких-либо осложнений, удаление производится путем потягивания спирали за нити («усы») выходящие из шеечного канала. Процедура практически безболезненна, лишь изредка возможны неприятные ощущения или боль.

При отсутствии усов внутриматочная спираль может быть удалена при помощи внутриматочного крючка

В более сложных случаях, например при миграции спирали в полости матки, извлечение ее проводится инструментально – под контролем гистероскопа. Гистероскоп, представляющий собой эндоскопический

прибор, вводится в полость матки после предварительного расширения шейки матки. С помощью гистероскопа визуализируют спираль и, зацепив ее внутриматочными щипцами, удаляют из полости матки.

Крайне редко отмечается внедрение спирали в толщу миометрия или миграция ее через миометрий в брюшную полость. В этом случае извлечь спираль можно только в ходе лапароскопической операции.

Осложнения после удаления внутриматочной спирали

Различные осложнения после извлечения внутриматочной спирали в большей степени связаны с длительным ее сношением, нежели с самой процедурой удаления. Чаще всего отмечаются вялотекущее воспаление матки и придатков и бесплодие.

После удаления спирали повторная ее установка возможна через несколько месяцев.

При планировании беременности после удаления спирали беременность может наступить через 6-9 месяцев после извлечения спирали.

Мне не было дано никаких заверений в том, что медицинское вмешательство будет проведено каким-либо особым практикующим врачом.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

«___»_____20____г. Подпись_____

Приложение № 13
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на биопсию шейки матки

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
года рождения, адрес проживания:_____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

№ п/п	*Вид вмешательства/услуги*
A11.20.011.001 *A11.20.011.002* *A11.20.011.003*	***Биопсия шейки матки***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: диагностика гинекологических заболеваний; диагностика онкологических заболеваний шейки матки.

(иное указать) _____.

Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что биопсия представляет собой диагностическое медицинское вмешательство, заключающееся в заборе материала для последующего гистологического исследования, и позволяющее точно определить клеточный состав исследуемого материала.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки проводится в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара или в стационарных условиях; при проведении биопсии шейки матки в стационарных условиях требуется госпитализация пациентки в медицинскую организацию на срок, определяемый лечащим врачом, консилиумом врачей или врачебной комиссией.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки может осуществляться:

- методом конизация шейки матки (во время хирургической операции из шейки матки вырезают кусок ткани в виде конуса при помощи конуса, по которому проходит радиоволна с последующим гистологическим исследованием);
- методом петлевой биопсии (забор ткани шейки матки осуществляется прицельно с помощью тонкой проволочной петли, через которую проводится электрический ток слабого напряжения);
- методом ножевой биопсии: забор ткани шейки матки производится при помощи скальпеля с последующим наложением гемостатических швов.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки требует предварительной подготовки.

Биопсия шейки матки осуществляется на 5-9 день цикла. Перед биопсией проводится исследование мазка на флору и онкоцитологию, кольпоскопия, лабораторные исследования (АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам). За несколько дней до биопсии следует отказаться от полового контакта, нежелательно использовать тампоны, нежелательно делать спринцевания, не рекомендуется вводить во влагалище лекарственные препараты без назначения лечащего врача. Если биопсия проводится под наркозом, то нельзя употреблять пищу за 5 часов до начала операции.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки осуществляется следующим образом:

Пациентка располагается в гинекологическом кресле, во влагалище вводится гинекологическое зеркало, на шейку матки направляется яркий свет, слизистую влагалища и шейки матки обрабатывают раствором

антисептика, при необходимости шейку обрабатывают водным раствором йода, чтобы выявить патологические зоны. Затем необходимые участки иссекаются с помощью специального инструмента в зависимости от выбранного метода биопсии. После этого полученный материал опускают в раствор формалина и направляют на гистологическое исследование. Длительность процедуры составляет не более 30 минут. Во избежание кровотечения и осложнений на месте среза выполняют коагуляцию или накладывают швы. Если для проведения процедуры использовались аппаратные методики, то сшивание не выполняют.

Мне разъяснено, что биопсия шейки матки может проводиться под местной анестезией, под общим наркозом.

(иное указать) _____

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к биопсии шейки матки являются: нарушение свертываемости крови; беременность(первый и третий триместр); системные заболевания. Биопсию не проводят при воспалительных процессах во влагалище или на шейке матки, а также во время менструации.

(иное указать) _____

Мне разъяснено, что после проведения биопсии возможно появление кровянистых выделений. Если выделения продолжаются длительное время и имеют неприятный запах, боль внизу живота не проходит, наблюдается повышенная температура тела, то нужно немедленно обратиться к лечащему врачу.

(иное указать) _____а_____

- возможные варианты медицинских вмешательств:

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение биопсии шейки матки позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение.

(иное указать)_____ .

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 14
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на биопсию новообразования кожи

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, (Ф.И.О.) _____года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N *n/n*	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.001	***Биопсия новообразования кожи***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: диагностика новообразований кожи
- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что биопсия представляет собой диагностическое медицинское вмешательство, заключающееся в заборе материала для последующего гистологического исследования и позволяющее точно определить клеточный состав исследуемого материала.

Кожу и подкожную клетчатку на биопсию берут при подозрении на следующие заболевания: узелковый периартрит; СКВ – системная красная волчанка; склеродермия; ретикулез, глубокий микоз кожи; амилоидоз; псориаз; меланома; плоскоклеточный рак кожи; липома; дерматофиброма; эпидермоидные или волосяные кисты.

Биопсию накожных образований проводят для исключения их злокачественности.

Биопсии могут быть подвергнуты: невусы; папилломы; остроконечные кондиломы; бородавки; родинки.

Мне разъяснено, что биопсия новообразования кожи проводится в амбулаторных условиях.

Мне разъяснено, что биопсия новообразований кожи не требует предварительной подготовки.

Мне разъяснено, что биопсия новообразований кожи проводится следующим образом:

Непосредственно перед манипуляцией область кожи в месте взятия биоптата обрабатывают антисептиком (спиртом). Процедура выполняется под местной анестезией. Выделяют несколько способов взятия биопсии кожи. Выбор метода определяется показаниями для исследования, размером и локализацией образования.

Виды кожной биопсии:

Дерматомная. При этом способе дерматомом или скальпелем срезают тонкий слой кожи. Показана при плоскостных образованиях, в том числе псориазе и аутоиммунных заболеваниях. После процедуры на коже образуется поверхностная ранка, не требующая наложения швов – достаточно прикрыть ее марлевой салфеткой.

Кюретаж. Производится соскабливание кожи посредством кюретки с острыми краями. Полученный биоматериал исследуют под микроскопом. Используется чаще всего при подозрении на рак кожи.

Пункционная биопсия (панч-биопсия). Данный метод используется при глубоких кожных образованиях. Специальным перфоратором в коже делается отверстие до 3 мм в диаметре, в результате на анализ отправляется столбик ткани диаметром 3 мм и высотой до 1 см, в котором присутствуют все слои кожи и подкожной клетчатки. Это наиболее информативный метод, применяемый при подозрении на злокачественные новообразования кожи.

Биопсия ножницами. При выступающих образованиях кожи (папилломах, кондиломах) биоптат может быть взят с помощью ножниц – образование попросту отрезается от основания.

Эксцизионная (веретенообразная) биопсия. Это наиболее травматичный метод, который может быть использован не только для диагностики, но и в лечебных целях. В ходе этой процедуры иссекается достаточно большой участок кожи в виде веретена. Патологическое образование вырезается с захватом здоровых тканей. На рану после биопсии накладываются швы. Объем полученной ткани достаточен для проведения сразу нескольких видов исследований, начиная от микроскопии и заканчивая иммуногистохимическим анализом (ИГХ).

Мне разъяснено, что противопоказаниями к биопсии новообразований кожи являются:

- аллергия на местные анестетики; проблемы со свертываемостью крови; повышенная температура тела пациента; наличие в хоне процедуры высыпаний гнойничковых либо вирусных; воспаление в зоне забора материала для исследования.

Мне разъяснено, что осложнениями после проведения процедуры биопсии новообразований кожи являются: кровотечение из ранки в месте биопсии. Для его предупреждения выполняют либо коагуляцию раны, либо накладывают на нее швы. Также может произойти нагноение кожи в области биопсии при несоблюдении правил асептики.

При проведении панч-биопсии в области сосудисто-нервного пучка возможно случайное повреждение нерва или сосуда.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение биопсии новообразований кожи позволяет установить диагноз, устранить косметологическую проблему и назначить адекватное лечение в случае необходимости.

Результатом биопсии новообразований кожи с последующим цитологическим исследованием является заключение о характере новообразования (доброкачественное или злокачественное).

Мне разъяснено, что после проведенной процедуры биопсии новообразований кожи необходимо до полного заживления ранки не мочить зону повреждения, не посещать до полного заживления: баню, сауну, солярий, не купаться в общественных водоемах, обрабатывать ранку согласно рекомендациям врача ежедневно, до полного заживления.

В случае сохранения после процедуры биопсии новообразований кожи: боли, кровоточивости ранки, покраснении или уплотнении места биопсии, необходимо срочное обращение к врачу, для дальнейшей консультации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)..

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 15
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на биопсию лимфоузла

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.06.001.001	***Пункционная биопсия лимфоузла***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Биопсия лимфоузла – диагностическое исследование, которое подразумевает взятие биоптата измененных тканей для дальнейшего цитологического исследования. Назначается в обязательном порядке пациентам с подозрением на онкологию.

Мне разъяснено, что биопсия лимфоузла проводится в амбулаторных условиях.

Мне разъяснено, что биопсия лимфоузла не требует предварительной подготовки.

Мне разъяснено, что биопсия лимфоузла проводится следующим образом:

Пациент ложится на операционный стол или кушетку, при желании ему может быть введен специальный успокоительный препарат для введения в состояние седации или медикаментозного сна.

Место пункции обеззараживается, после чего в эту область вводится местный анестетик. Затем врач выполняет пункцию лимфатического узла под УЗ контролем. Место прокола обеззараживается, накладывается пластырная повязка.

Мне разъяснено, что противопоказаниями к биопсии лимфоузлов являются: беременность, аллергические реакции на некоторые медицинские препараты, нарушение свертываемости крови пациента.

Прием кроворазжижающих средств (например, аспирин, гепарин или варфарин) должен быть приостановлен пациентом не менее чем за 1 неделю до процедуры биопсии лимфоузлов.

Мне разъяснено, что возможными осложнениями от проведенной процедуры могут являться: кровотечение в процессе процедуры в следствии сосудистых травм; вытекание лимфатической жидкости вследствие повреждения лимфоузлов; появление инфекции; нарушение структур нервной системы из-за механического повреждения; головокружение и обморочные состояния; высокая температура и лихорадка в следствие нагноении при несоблюдении правал асептики; место прокола длительное время остается красным и опухшим.

В случае сохранения после процедуры биопсии лимфоузлов: боли, кровоточивости ранки, покраснении или уплотнении, нагноения места биопсии, необходимо срочное обращение к врачу, для дальнейшей консультации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 16
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на биопсию вульвы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.20.040	***Биопсия вульвы***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Биопсия вульвы – взятие образцов тканей с подозрительных участков женских наружных половых органов с его последующим гистологическим исследование в лаборатории. Метод выявляет различные доброкачественные новообразования, различные формы предонкологических и онкологические заболеваний.

Показаниями к проведения процедуры являются:

- обнаружение на половых губах язвочек, наростов уплотнений, слишком светлой или темной участков слизистой;
- деформация или сморщивание малых половых губ;
- обнаружение атрофических участков, напоминающих смятую папиросную бумагу;
- наличие кровоточащих язв на слизистой;
- наличие очагов дисплазии;
- ночные расчесывания, в т.ч. и бессознательные (во сне);
- кондиломы, подозрительные в отношении злокачественной трансформации
- полипы;
- локальные утолщения желто-белого цвета.

Патологические процессы, затрагивающие какие-либо участки вульвы, часто характеризуются схожими внешними проявлениями. Это затрудняет постановку диагноза и назначение терапии. Результаты биопсии показывают, какая именно аномалия возникла у пациента.

Мне разъяснено, что перед проведение процедуры необходимо сдать следующие анализы:

- мазок на флору;
- цитологическое исследование соскоба вульвы.
- АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам.

Процедура выполняется под местной анестезией. Для снижения дискомфорта кожу и слизистую оболочку обрабатывают анестезирующим гелем, а затем проводят глубокое обезболивание посредством тонких инсулиновых игл.

Мне разъяснено, что процедура проводится следующим образом:

Врач оценивает общее состояние кожи и при обнаружении видоизмененных участков выполняет вульвоскопию с большим увеличением. На подозрительных областях делают пробы с красителями и реагентами, помогающими точно визуализировать проблемные очаги, выбрать зону для биопсии. Для этого берут ту часть, где изменениям присущ более выраженный характер.

Методы забора участка тканей:

Радиоволновой петлей. Нужный участок эпителия отсекают радиоволновым электродом. Это малотравматичный и быстрый способ диагностики. Радионож запечатывает сосуды в месте воздействия, что исключает кровотечения.

Традиционный способ скальпелем. При четких границах патологии скальпелем аккуратно срезают фрагмент слизистой оболочки и расположенных рядом тканей.

Биопсию делают на границе поражения с захватом здоровых тканей. В образец попадают измененные и здоровые ткани. Их сравнение позволяет объективно оценить имеющиеся отклонения.

Мне разъяснено и понятно, что противопоказаниями к процедуре являются:

- гипокоагуляция, при которой очень медленно сворачивается кровь; острые воспаления половых органов; острая фаза вагинальных инфекций; менструальное кровотечение, высокий уровень сахара в крови, ОРВИ.

Мне разъяснено, что возможными осложнениями от процедуры являются: кровотечение, для его остановки проводят тугую тампонаду, а если она оказывается неэффективной, то гинеколог прибегает к коагуляции кровоточащих участков или наложению швов. Чтобы предупредить появление послебиопсийного отека, к вульве прикладывается лед. В случае попадания инфекции возможно нагноение.

В течение 14 дней следует воздержаться от интимной близости и физических упражнений, перегрева, принятия ванн, посещения сауны, купания в открытых водоемах, езды на велосипеде, поднятии тяжестей.

Мне разъяснено, что в случае появления следующих осложнений после процедуры необходимо срочно обратиться к врачу: обильное кровотечение (кровь ярко-красная или темная, со сгустками крови), необильные кровянистые выделения длительностью более 2-3 недель, повышение температуры тела (до 37,5 градусов и выше), появление неприятно пахнущих влагалищных выделений.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 17
к Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на гистеросальпингосонографию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N *n/n*	***Вид вмешательства/услуги***
A04.30.010.07	***Гистеросальпингосонография***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Гистеросальпингосонография- метод ультразвуковой визуализации, основанный на введении жидкой контрастной среды в полость матки, под контролем трансвагинальной эхографии, позволяющий в режиме реального времени оценивать анатомическое и функциональное состояние маточных труб, диагностировать патологию полости матки и параоваариального пространства (полипоз эндометрия, гиперплазия эндометрия, субмукозные узлы, синехии в полости матки, спаечный процесс в малом тазу и т.д.).

-цели оказания медицинской помощи: диагностика бесплодия, диагностика патологий полости матки, диагностика аномалий развития матки и маточных труб, диагностика внутриматочных синехий и непроходимости маточных труб (ненужное зачеркнуть).

(иное указать)_____ .

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография представляет собой ультразвуковой метод исследования состояния маточных труб и полости матки, их проходимости и строения при помощи введения контрастного вещества в полость матки и трубы.

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента.

Мне разъяснено, что перед гистеросальпингосонографией требуется предварительная подготовка:

- Необходимо отменить любые спринцевания и применение средств интимной гигиены, которые могут нарушить баланс микрофлоры, за неделю до исследования;

- За двое суток до исследования отказаться от употребления продуктов, вызывающих вздутие кишечника (бобовые, клетчатка, острые блюда и т.д.);

- в течение 2-х суток до исследования необходимо принять по 0,5 г аспирина;

- За 30-40 минут до исследования рекомендован прием спазмолитических средств, при отсутствии аллергической реакции на них (Но-шпа 40 мг) или свечи с НПВС;

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография проводится с 6 по 11 день цикла.

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография проводится следующим образом. Для проведения гистеросальпингосонографии применяют физиологический раствор и раствор H2O2 (перекись водорода), в дозировке 0,03%.

Порядок проведения процедуры: предварительное (обзорное) ультразвуковое исследование органов малого таза; обработка влагалища и шейки матки раствором антисептика; в цервикальном канале устанавливается катетер, по которому в полость матки вводится контрастная смесь; проводится оценка

прохождения контраста в полость матки, по маточным трубам при помощи трансвагинальной эхографии в режиме реального времени;

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография проводится без анестезии.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями являются: острые воспалительные заболевания органов малого таза, злокачественные образования репродуктивной системы, тромбофлебит вен нижних конечностей и таза, маточные кровотечения, острые инфекционные заболевания, образования в малом тазу больших размеров, хронические заболевания в стадии обострения

Мне разъяснено, что при проведении гистеросальпингоскопии возникают небольшие проявления болезненности внизу живота, особенно при заполнении полости матки и труб, проходящие в течение получаса после процедуры. После проведения процедуры возможны — тянущие боли внизу живота и/или в поясничной области, а также водянистые выделения из половых путей, мажущие кровянистые выделения. Необходимо соблюдать половой и физический покой в течение 7 дней после проведения процедуры, исключить тепловые процедуры на 7 дней после ее проведения. После процедуры из-за стресса возможна задержка месячных на 2-3 дня.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что гистеросальпингосонография позволяет выявить проходимость маточных труб и строение полости матки, диагностировать наличие в ней полипов, перегородок и других дефектов. Своевременное и качественное проведение гистеросальпингосонографии позволяет уточнить диагноз и назначить адекватное лечение.

Гистеросальпингосонография используется для уточнения и дополнения ранее проведенных исследований, точность исследования достигает 80-85%. Результатом гистеросальпингосонография является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, после гистеросальпингосонография отмечается повышение вероятности зачатия, активизирует работу маточных желез и повышает активность эндометрия.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев ,предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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):

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 18
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования органов малого таза с контрастированием

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.30.010.08	***Ультразвуковое исследование органов малого таза с контрастированием***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: оценка состояния органов малого таза, в частности состояние полости матки, выявление дефектов и патологий.

Ультразвуковое исследование органов малого таза с контрастом назначается в случаях: обильные или скудные менструации, отсутствие менструаций; кровянистые вагинальные выделения в межменструальный период; бесплодие, подозрение на полипы, гиперплазию эндометрия, синехии полости матки.

Иное:_____

- методы оказания медицинской помощи:

Порядок проведения процедуры: предварительное (обзорное) ультразвуковое исследование органов малого таза; обработка влагалища и шейки матки раствором антисептика; в цервикальном канале устанавливается катетер, по которому в полость матки вводится контрастное вещество - физиологический раствор; проводится оценка прохождения контраста в полость матки, состояние полости матки и цервикального канала в режиме реального времени;

Ультразвуковое исследование с контрастом широко используются, прежде всего, в качестве дополнительного метода визуализации и детализации.

Данные исследования расшифровываются медицинским работником, результат отображается в медицинской документации.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинской организации в кабинете, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование матки и придатков оказывается с применением медицинских изделий: аппарат для ультразвукового исследования с различными насадками, медицинские перчатки, кушетка, физиологический раствор, катетер.

Мне разъяснено, что качественное выполнение ультразвукового исследования матки и придатков требует предварительной подготовки: для абдоминальной диагностики рекомендуется за день исключить из рациона капусту, бобовые, газированные напитки, черный хлеб и те продукты, которые повышают газообразование у пациентки. Перед проведением исследования рекомендуется опорожнить мочевой пузырь.

Диагностика проводится с 6 по 11 день менструального цикла.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование трансвагинальным методом заключается во введении специального датчика аппарата УЗИ во влагалище пациентки для более детального

обследования. На датчик надевается специальная одноразовая насадка - презерватив, которая утилизируется после использования. Внутри влагалища датчик незначительно поворачивается медицинским работником, по окончанию исследования датчик извлекается, пациентке предоставляется возможность вытереть специальный гель, используемый для УЗИ.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование проводится без применения анестезии

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование органов малого таза является безопасной и безболезненной процедурой.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование органов малого таза имеет следующие противопоказания: воспалительные заболевания матки, психические заболевания пациента, сопровождающиеся повышенной агрессией или двигательной активностью.

Мне разъяснено, что при проведении процедуры возникают небольшие проявления болезненности внизу живота, особенно при заполнении полости матки, проходящие в течение получаса после процедуры. После проведения процедуры возможны — тянущие боли внизу живота и/или в поясничной области, а также водянистые выделения из половых путей, мажущие кровянистые выделения. Необходимо соблюдать половой и физический покой в течение 7 дней после проведения процедуры, исключить тепловые процедуры на 7 дней после ее проведения. После процедуры из-за стресса возможна задержка месячных на 2-3 дня.

В случае невыполнения указаний медицинского работника и движений пациента при выполнении ультразвукового исследования нельзя исключать механическое травмирование датчиком половых органов или прямой кишки.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом ультразвукового исследования является: оценка состояния органов малого таза, получение данных о параметрах составляющих матки и придатков, выявление дефектов и патологий.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

Приложение № 19
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на стимуляцию овуляции

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

Вид вмешательства/услуги
Контролируемая стимуляция овуляции

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:**

достижение созревания и выхода яйцеклетки для наступления последующей беременности (иное указать)_____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции представляет собой медикаментозное стимулирование роста и разрыва фолликула для последующего наступления беременности.

Время начала процедуры зависит от состояния матки и яичников женщины, определяется медицинским работником с учетом индивидуальных особенностей пациентки, менструального цикла. После введения препарата для стимуляции овуляции за развитием фолликулов наблюдают с помощью аппарата УЗИ.

Введение препаратов осуществляется перорально или инъекционно. Мне разъяснено, что стимуляция овуляции может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинской организации, под контролем медицинских работников. По назначению врача пероральный прием препаратов допускается самостоятельно на дому.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции оказывается с применением медицинских изделий: при инъекционном введении используются медицинская кушетка, ширма, шприц.

Мне разъяснено, что качественное выполнение стимуляции овуляции требует предварительной подготовки: женщине требуется пройти обследования для выявления точной причины невозможности наступления беременности согласно приказу от 31 июля 2020 г. N 803н «О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ И ОГРАНИЧЕНИЯХ К ИХ ПРИМЕНЕНИЮ», а именно:

сдать анализы крови на ВИЧ, сифилис, гепатит В, гепатит С, пройти УЗИ молочных желез, сдать мазок на степень чистоты микрофлоры и онкоцитологию, пройти обследование для установления проходимости маточных труб, завершить курс лечения воспалительных или инфекционных заболеваний половых органов, гормональных заболеваний. Пациенткам, страдающим ожирением либо, напротив, имеющим недостаточный вес до проведения стимуляции овуляции необходимо привести вес тела в соответствие со значениями, указанными врачом.

До проведения процедуры, при необходимости, рекомендуется прием гормональных препаратов по назначению врача для подготовки эндометрия к последующему прикреплению плодного яйца.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции может осуществляться следующими методами:

1) Непрямые индукторы роста фолликула
2) С применением препаратов ФСГ и ЛГ
3) С применением препаратов ХГЧ;

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции с применением препаратов ФСГ и ЛГ осуществляется следующим образом: для стимуляции овуляции используются гормональные препараты, которые влияют на рост фолликулов, в которых созревают яйцеклетки. При данном виде стимуляции могут применяться различные препараты, включая Гонал, Перговерис, Мериоферт, Менопур, Пурегон, Меногон и др.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции с применением непрямых индукоторов роста фолликулов осуществляется следующим образом: для стимуляции овуляции используются препараты, которые блокируют эстрагеновые рецепторы, в результате этого повышается выработка собственных ФСГ и ЛГ, которые влияют на рост фолликулов, в которых созревают яйцеклетки. При данном виде стимуляции могут применяться различные препараты, включая клострилбегит и литрозол.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции с применением препаратов ХГЧ осуществляется следующим образом: используются после окончания приема препаратов непрямых индукторов или препаратов ФСГ и ЛГ. Препараты данного вида принимаются единожды, стимулируют уже имеющийся фолликул дозреть и разорваться. Данные препараты обычно вызывают овуляцию в течение 36-48 часов после приема, в связи с чем в указанный период времени должен быть совершен половой акт.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции оказывается без применения анестезии.

(иное указать)_____ .

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции имеет **противопоказания.**

Декомпенсация сахарного диабета, сердечной и/или дыхательной недостаточности, острый период инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, печеночная и/или почечная недостаточность, тяжелые заболевания сердечнососудистой и дыхательной систем, воспалительные процессы; инфекционные заболевания; половые инфекции; гормональный дисбаланс; гепатит; непроходимость маточных труб; наличие мужского фактора бесплодия у партнера; плохие показатели спермограммы.

Конкретный перечень противопоказаний зависит от вида применяемого препарата.

(иное указать)_____ .

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции может повлечь возникновение нежелательных осложнений: применение больших доз препаратов негативно сказывается на работе щитовидной железы, надпочечников и молочных желез, может повлечь снижение или угнетение функций данных органов, стимуляция овуляции может привести к разрыву яичников или их раннему старению. Конкретный перечень осложнений зависит от вида применяемого препарата, в частности, Клостилбегит, Литрозол негативно сказываются на состоянии эндометрия, истончая его, что при тонком эндометрии не позволяет плодному яйцу закрепиться.

При гиперстимуляции возможны сильные боли в низу живота, которые могут сопровождаться тошнотой, рвотой, головокружением, расстройством стула, повышенной температурой тела, слабостью, сильным увеличением яичников, ощущением распирания внизу живота, при этом на яичниках могут возникнуть кисты, а при тяжелой форме в брюшной, плевральной полостях или в перикарде возможно скопление жидкости, что требует срочного стационарного лечения.

Мне разъяснено, что стимуляция овуляции производится с применением непрямых индукторов/препаратов ФСГ и ЛГ/с применением препаратов ХГЧ, иное

(иное указать)_____

Наименование применяемого для стимуляции овуляции препарата:_____

_____

Я осведомлена, что медикаментозная стимуляция овуляции не гарантирует наступление беременности, лишь повышает вероятность ее наступления. Я поставлена в известность, что в зависимости от индивидуальных особенностей организма и корректности приема пациентов препаратов может потребоваться неоднократный курс стимуляции овуляции, а также смена применяемых препаратов либо хирургическая стимуляция.

(иное указать)_____ .

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом стимуляции овуляции является: достижение созревания и выхода яйцеклетки для наступления последующей беременности.

Мне разъяснено, что после оказания стимуляции овуляции пациенту рекомендовано: неукоснительно соблюдать рекомендации врача, совершать половой акт в рекомендованный период времени, незамедлительно сообщать медицинскому работнику о любых недомоганиях и проявлениях осложнений.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 20
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на интимный филлинг (интимная контурная пластика)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания: _____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.013.01 A11.01.013.02 A11.01.013.03 A11.01.013.04 A11.01.013.05	***Интимный филлинг***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: коррекция формы гениталий после травм, родов, заболеваний; исправление физиологических нарушений, аномалий развития тканей; коррекция возрастных изменений, коррекция недержания мочи, снижение либидо и сексуальных ощущений, низкое качество интимной жизни, сухость слизистой оболочки влагалища, коррекция цистита после интимной близости, а также:

_____

Результатом вмешательства является нормализация интимной жизни, повышение самооценки и улучшение качества жизни в целом.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Мне разъяснено, что процедура представляет собой инъекционную методику с применением филлеров гиалуроновой кислоты, препарат представляет собой биодеградируемые гели восполняют утраченные объемы тканей, улучшают их состояние – увлажненность, эластичность, наполненность. Процедура малоинвазивна, проводится под местной анестезией, не требует длительной реабилитации. Гель сохраняет свое действие сроком до 12 месяцев.

Подготовка перед процедурой: стандартный гинекологический осмотр с использованием зеркал, ручной осмотр; мазок на флору и половые инфекции,

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями интимному филлингу являются: беременность и период лактации; онкологические заболевания; острые инфекционные заболевания; обострение хронических заболеваний; инфекционные заболевания кожи; нарушение свертываемости крови (гемофилия); обострение вируса герпеса, возраст до 18 лет, склонность к гипертрофическим рубцам, ранее наблюдавшиеся аллергические реакции на гиалуроновую кислоту, любые ранее наблюдавшиеся анафилактические реакции, аутоимунные заболевания, коллагенозы, декомпенсированный сахарный диабет, псориаз.

Мне разъяснено, что интимный филлинг является относительно безопасной процедурой, быстрая и простая техника введения препарата, амбулаторные условия выполнения процедуры; местная анестезия (анестезирующий крем, лидокаин-спрей); быстрый видимый эффект. После полного рассасывания препарата инъекции можно ввести повторно неоднократно без риска для здоровья.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры могут наблюдаться: воспаление и дискомфорт в интимной области, вызванные инъекциями. Эти явления проходят достаточно быстро, не требуя лечения. До их стихания нужно воздержаться от половой жизни, купаний в реке, посещения бассейна, сауны и бани.

- ***предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:***

_____
_____
_____

Используемый препарат:

_____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 21
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на PRP-терапию (плазмолифтинг)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.002.11 A11.01.002.12 A11.01.003.22 A11.01.003.23 A11.01.003.24	***PRP-терапия (плазмолифтинг)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи - косметология: восстановление регенерации кожи и моделирование контуров лица, коррекция поверхностных мимических и возрастных морщин, лечение начальных стадий птоза и атрофии кожи лица и шеи, выпадения и истончения волос, а также:

_____

Плазмолифтинг - одна из методик улучшения состояния кожи, основанная на активизации естественных процессов восстановления и эффективная при наличии целого ряда эстетических дефектов. Общими показаниями к плазмолифтингу являются восстановление регенерации кожи и моделирование контуров лица, коррекция поверхностных мимических и возрастных морщин, лечение начальных стадий птоза и атрофии кожи лица и шеи, выпадения и истончения волос.

- цели оказания медицинской помощи - гинекология: восстановление тканей влагалища, истончившихся, потерявших эластичность в результате возрастных изменений, родовой деятельности, хронических рецидивирующих воспалительных процессов, увеличение скорости регенерации слизистых и дермы после оперативных вмешательств, а также

_____

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что процедура представляет собой метод внутрикожного, подкожного, подслизистого или парацервикального инъекционного введения плазмы, полученной из собственной крови пациента, чем объясняется хорошая переносимость процедуры. Помимо участия в процессе свертывания крови, тромбоциты, благодаря содержащимся в них факторам роста, стимулируют процессы регенерации, восстанавливая поврежденные ткани. После введения обогащенной тромбоцитами плазмы в зоне инъекции увеличивается концентрация факторов роста, которые, в свою очередь, стимулируют процессы образования и роста сосудов и ускоряют деление клеток.

Я осведомлен(а), что процедура плазмолифтинга имеет некоторые особенности подготовительного и восстановительного периодов, противопоказания и возможные осложнения.

Мне разъяснено, что плазмолифтинг может осуществлятся с применением местного обезболивания.

До моего сведения доведено, что:

1. Перед процедурой плазмолифтинга рекомендуется: • за 2-3 дня до процедуры отказаться от приема препаратов, влияющих на свертываемость крови; отказаться от алкогольных напитков и жирной пищи за сутки

до процедуры; не пользоваться декоративной косметикой за 12 часов до процедуры (при косметологической процедуре).

2. Процедура плазмолифтинга включает несколько этапов:

Из вены пациента производится взятие необходимого количества крови в зависимости от площади обрабатываемой зоны.

Кожа или слизистая пациента обрабатывается антисептическим раствором, а по желанию клиента – и анестезирующим кремом.

Из крови пациента при помощи дифференциального центрифугирования выделяется обогащенная тромбоцитами плазма. Препарат путем многочисленных инъекций в проблемные зоны (при косметологии).

Препарат вводится при гинекологической процедуре в следующую область:_____

Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции.

3. После процедуры плазмолифтинга необходимо: не пользоваться косметическими средствами в течение первых 12 часов (при косметологии) не посещать сауну, баню, бассейн в течение 2-3 дней; отказаться от посещения солярия на 1 неделю; во избежание гиперпигментации в местах инъекций (при косметологии) использовать солнцезащитный крем

4. В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты: локальная отечность в виде папул в местах инъекций; легкая болезненность в местах инъекций; точечные подкожные кровоизлияния в местах инъекций.

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.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что противопоказаниями к плазмолифтингу являются: нарушения функций тромбоцитов; нарушения в системе свертываемости крови; острые инфекционные заболевания; сепсис; хронические заболевания печени; высокий уровень тромбоцитов или фибриногена; неустойчивая гемодинамика, ВИЧ, гепатиты В и С.

Мне разъяснено, что плазмолифтинг является относительно безопасной процедурой. Риск инфицирования минимален, поскольку используется собственная кровь пациента. В зависимости от целей терапии требуется от 20 до 60 мл крови, такая потеря крови является незначительной, не влияет на функционирование организма и не требует восстановительного периода.

Мне разъяснено, что при плазмолифтинге возможно возникновение нежелательных реакций и осложнений: отечность и покраснение кожи, небольшие гематомы в местах введения препарата, образование яркой окраски кожи (гиперемия), обострение угревых высыпаний на коже, развитие пигментации кожи, обострение хронических заболеваний, аутосенсибилизация, быстрый фиброз.

Разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

- ***предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:***

_____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 22
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на вульвовагинальное лазерное омоложение, шлифовку рубцов промежности, отбеливание кожи промежности аппаратом SmartXide2 DOT2 V2LR

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A22.20.001.01 A22.20.001.02 A22.20.001.03 A22.20.001.04 A22.20.001.05 A22.20.001.06	**Вульвовагинальное лазерное омоложение, шлифовку рубцов промежности, отбеливание кожи промежности аппаратом SmartXide2 DOT2 V2LR**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Лазерное интимное омоложение представляет собой современную методику устранения возрастных изменений женских половых органов при помощи лазера.

Показаниями к вульвовагинльному омоложению являются: лечение вагинальной атрофии (до и во время менопаузы), лечение патологии женской репродуктивной системы, послеродовые рубцы, коррекция дефектов наружных половых органов, восстановление нормального физиологического состояния, диспареуния (боли при половой близости), недержание мочи, возрастные изменения.

Мне разъяснено, что подготовительными действиями перед проведением процедуры являются: осмотр гинеколога; микроскопическое исследование микрофлоры влагалища; мазок на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала; УЗИ органов малого таза; консультацию по результатам обследования.

Мне разъяснено, что Лазер SmartXide DOT2 имеет эксклюзивную форму импульса идеальную для обработки слизистой влагалища: процедура практически безболезненна, комфортна, пациентка испытывает лишь лёгкое покалывание; процедура является альтернативой гормонозаместительной терапии при сухости слизистой; реконструкция, повышение тонуса, стимуляция восстановления ткани и выработки нового коллагена; повышение упругости и эластичности слизистой; короткий реабилитационный период.

- методы оказания медицинской помощи:

Длина волны лазерного излучения SmartXide DOT2 -10 600 нм — оптимально поглощается водой содержащейся в ткани. Именно эта поглощённая энергия лазера, преобразующаяся в тепло, воздействуя непосредственно на слизистую влагалища, ремоделируя и омолаживая её. Лазерная энергия распространяется вглубь с последующим мгновенным сжатием, стимулирующим выработку нового коллагена.

При лазерном воздействии не затрагиваются и не повреждаются окружающие ткани, не остаются ожоги и рубцы. Многочисленные испытания показали, что всего лишь после курса нескольких процедур интимного омоложения на аппарате SmartXide DOT2 V2LR улучшается сексуальная активность женщины.

Это доказывает высокую производительность и эффективность метода вульво-вагинального лазерного омоложения.

Уникальная система сканирования HiScan V2LR позволяет стимулировать микроциркуляцию крови в сосудах слизистой оболочки влагалища и выработку собственного коллагена. Процедура занимает всего несколько минут и не требует госпитализации пациента. Курс лечения составляет от двух до четырех сеансов, которые проводятся в течение года с перерывами в полтора месяца между процедурами.

Процедура лазерного вагинального омоложения безопасна, имеет короткий реабилитационный период и может проводиться в амбулаторных условиях.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: острые воспалительные заболевания органов малого таза; злокачественные онкологические заболевания; беременность и 2 месяца после родов; нарушения свертываемости крови, дисплазия шейки матки, заболевания соединительной ткани.

Интимное омоложение не выполняется во время менструации.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры, следует исключить сексуальную активность, использование тампонов в течение 7-10 дней, посещение бани и сауны, а также ограничить физическую нагрузку.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: Достижение и повышение клиторального и вагинального оргазмов в следствие улучшения эрогенной чувствительности влагалища; восстановление рецепторного аппарата, чувствительности и увлажнённости слизистой оболочки половых органов в результате стимуляции работы секреторных функций; ***у***лучшение микроциркуляции тканей; ***к***оррекция дефектов внешних половых органов (формы больших и малых половых губ).

Чтобы продлить полученный эффект, рекомендуем после окончания реабилитации дополнить лазерное воздействие можно тренировками мышц тазового дна.

Мне разъяснено, и я даю согласие, что **до начала проведения процедуры, после ее окончания** специалистом проводится фото и видео фиксация зоны подлежащей коррекции, с целью наглядного закрепления эффекта от проводимой процедуры, и оценки эффективности в полноты ее проведения, а также необходимости повторного обращения пациента за устранение выявленной проблемы..

Указанные фото и видеоматериалы необходимы с целью оценки качества проводимой процедуры, и не подлежат идентификации с ФИО пациента. Фото и видеоматериалам присваиваются порядковые номера и дата их фактической съемки, указанные материалы могут быть использованы ООО «ЦРТ-МЕД» с целью повышения квалификации медицинских сотрудников, и для наглядной демонстрации эффективности от проводимой процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 23
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на кольпоскопию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A03.20.001	**Кольпоскопия**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: выявление изменений слизистой шейки матки; скрининговое профилактическое исследование; наблюдение за шейкой матки после лечения.

Иное указать_____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что кольпоскопия представляет собой гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа особой конструкции.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациентки в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что перед кольпоскопией требуется предварительная подготовка: кольпоскопию проводят вне менструации; накануне исследования нужно отказаться от сексуальных контактов, использования смазок и спринцеваний.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится следующим способом: исследование проводит врач-гинеколог в специальном процедурном кабинете при помощи кольпоскопа - особой системы линз на штативе с подсветкой и возможностью дополнительного увеличения изображения линзами до 15-40 раз. Аппарат ставится на расстоянии примерно 20-25 см от области шейки матки. Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится методом обзорной кольпоскопии, методом кольпоскопии с цветными фильтрами, методом расширенной кольпоскопии.

Обзорная или простая кольпоскопия - это осмотр шейки матки и цервикального канала без применения каких-либо средств; дает представление о форме и размере шейки, ее состоянии, наличии травм и разрывов, характере выделений, состоянии слизистых и сосудов.

Кольпоскопия с цветными фильтрами позволяет оценить состояние сосудистой сети.

Расширенная кольпоскопия - это осмотр шейки матки и ее оценка при помощи обработки особыми веществами. Обычно применяют 3%-ный раствор уксусной кислоты с оценкой реакции сосудов и выделения за счет этого участков неоплазии. Вторым этапом проводят обработку раствором глицерина с люголем. Патологические участки не прокрашиваются этим раствором и явно видны при осмотре.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к кольпоскопии являются: период первых 8 недель после родов; период 3-4 недель после проведения аборта; недавнее лечение шейки матки с помощью криодеструкции или хирургическое лечение; аллергия на йод или уксусную кислоту (при расширенной кольпоскопии). Временными противопоказаниями для проведения кольпоскопии являются: кровотечение из матки или шейки

матки, в том числе менструация; выраженный воспалительный процесс; выраженное состояние атрофии эктоцервикса.

Мне разъяснено, что кольпоскопия - это безболезненная процедура, однако может причинять небольшой дискомфорт при обработке реактивами. В редких случаях кольпоскопия может вызвать усиленные кровотечения, повышение температуры, аномальные выделения, боли внизу живота более одного дня после процедуры. При наличии указанных симптомов на второй день после исследования необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что кольпоскопия может проводится с биопсией/без биопсии.

Мне разъяснено, что кольпоскопия может сопровождается введением лекарственных препаратов/не сопровождается введением лекарственных препаратов.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение кольпоскопии позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом кольпоскопии является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что после кольпоскопии необходимо ношение ежедневных прокладок около 3 дней; могут быть небольшие мажущие кровотечения из-за повреждения сосудов; могут быть жидкие выделения темного или зеленого цвета без запаха; в течение 2-3 дней запрещены половые контакты, спринцевания и использование тампонов, вагинальных препаратов и средств интимной гигиены.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 24
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на выполнение процедуры с использованием фракционных лазерных технологий

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N *пп/п*	***Вид вмешательства/услуги***
A22.01.002.01- A22.01.002.12	**Процедуры с использованием фракционных лазерных технологий**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: метод фракционного термолиза -это точноконтролируемый, эффективный и безопасный способ омоложения, устранения косметических дефектов (стрии, рубцы, морщины) с целью достижения улучшения тонуса и качества кожи в области воздействия, дозированное повреждение кожи с ответной повышенной регенерацией.

- время проведения процедуры от 20 мин до 60 мин;
- для достижения максимального эффекта обезболивание не проводится, (аппликационная анестезия проводится в крайних случаях);
- во время процедуры и после, в течение 4 часов, ощущается чувство жжения и покалывания, гиперемия, отек.

Восстановление кожи после процедуры:

- первые 24 часа кожа красная, при касании чувство жжения;
- 24-48 часов: кожа натянута, может принимать цвет загара, возможен выраженный отек тканей;
- 48-72 часа: возможно образование мелких (незаметных глазу) корочек;
- через 7 дней после проведения процедуры необходимо посещение врача.

- связанный с методами риск:

Противопоказаниями к процедуре являются: беременность и кормление грудью; онкологические (раковые) заболевания; иммунные расстройства, диабет, герпес; металлические и иные имплантанты в области воздействия; острые инфекционные заболевания, воспалительный процесс в месте проведения процедуры, сердечно-сосудистые заболевания, наличие стимулятора сердечной деятельности; гормонозависимая бронхиальная астма, ревматоидный артрит, ГБ 3ст., сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани, любые состояния, по усмотрению врача, при которых процедура лечения может быть небезопасной для пациента, выраженный загар: солнечный, после солярия или использования кремов для загара в последние 2 недели.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что улучшение текстуры кожи, уменьшение складок, пор, разглаживание рубцов, уменьшение глубины морщин. Степень улучшения и количество необходимых сеансов индивидуально для каждого пациента и варьируется в зависимости от степени выраженности изменений у пациентов. Результаты проявляются постепенно: немедленное преходящее улучшение может отмечаться после каждого лечения, а максимальные долгосрочные эффекты наблюдаются через 3-6 месяцев после курса лечения.

Мне разъяснено и понятно, что:

- для достижения максимального эффекта от использования данного метода очень важно строго следовать всем рекомендациям врача;

- даю свое согласие на проведение контрольных снимков до и после (3 месяца) проведения процедуры;
- для достижения максимального эффекта необходим курс процедур (не менее трех);
- необходимо индивидуальное проведение подготовительных процедур:_____

Возможные побочные эффекты в течение 5ти суток:

· болевые ощущения;
· покраснение кожи (эритема) или ее отек(эдема)
· изменение цвета кожи (гипер - и гипо - пигментация);
· образование рубцов;
· повреждение естественной текстуры кожи (волдыри, ожоги).

Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются и временными, о любых неблагоприятных реакциях следует немедленно сообщать врачу, в течение суток.

Я проинформирован (а) о том, что:

В течение первых 3 суток каждые 5 часов необходимо наносить на кожу термальную воду.

В период проведения курса процедур использовать регенерирующий увлажняющий крем, рекомендованный врачом.

Во время проведения процедур (первые 3 дня) не находится во влажной среде (не принимать ванну, не ходить в баню, только кратковременно душ).

Не использовать декоративную косметику в течение 3 дней.

В случае появления мелких корочек не отшелушивать самостоятельно (ни в какой форме) во время всей продолжительности восстановительного периода.

Не подвергать кожу солнечному воздействию (в том числе солярий). Сразу после окончания курса процедур использовать солнцезащитные средства.

Согласовать с врачом применение лечебных мазей и кремов.

При несоблюдении назначений врача, ООО «ЦРТ-МЕД» не несет ответственности за возможные осложнения (гиперпигментация, инфицирование, микрорубчики).

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.

Я согласен(на)/не согласен (сна) на ведение фотодокументацию в процессе проведения процедуры и после нее. Я согласен (сна)/не согласен (сна) на использование ООО «ЦРТ-МЕД» моих фотографий в полностью обезличенном варианте, не позволяющем идентифицировать меня. Мне разъяснено и понятно, что при любом последующем использовании ООО «ЦРТ-МЕД» данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

_____ /_____/

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 25
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на инъекцию препаратов ботулотоксина.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.002.14 - A11.01.003.16, A11.01.003.25 - A11.01.003.26	***Инъекция препаратов ботулотоксина***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД»».

Медицинским сотрудником организации, в доступной для меня форме разъяснены:

Целиоказания медицинской помощи: коррекция мимических морщин; лечение локализованных форм гипергидроза; устранение хронического мышечного спазма (ненужное зачеркнуть).

Методы оказания медицинской помощи: внутримышечное или подкожное введение препаратов, под воздействием которых, в зависимости от типа ткани, нарушается холинергическая нервно-мышечная передача или холинергическая вегетативная передача импульсов к потовым, слезным, слюнным железам или к гладким мышцам *(нужное подчеркнуть, локализацию, вид препарата указать)*

вид препарата: _____

Связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что имеются противопоказания к вмешательству: гемофилия, миастения, локальный воспалительный процесс, беременность, период лактации, нервно- мышечные нарушения (синдром Ламберта-Итона, миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы, нарушения сократительной способности мышц, снижение сухожильных рефлексов), относительные противопоказания: выраженный птоз, срок менее 3 месяцев после перенесенной пластической операции, повышенная температура тела, аллергические реакции на препараты в прошлом, эпилепсия, соматические заболевания в стадии обострения, склонность к образованию рубцов.

Мне разъяснено, что при непредставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут.

Мне разъяснено, что в течение 2-4 дней после вмешательства может сохраняться болезненность при пальпации. При тромбировании сосуда, несоблюдении мер асептики и антисептики возможно формирование фиброза, некроза тканей. После введения место инъекции не следует массировать во избежание диффундирования препарата в окружающие ткани.

В целях достижения наилучшего эффекта вмешательства не рекомендуется: занимать горизонтальное положение в течение 3-4 часов после процедуры; в течение минимум 2 суток загорать, посещать сауну и массаж; в течение 2 недель - принимать антибиотики, делать какие-либо миостимулирующие процедуры, микротоки, ультразвук на зону введения препарата; производить повторное введение препарата ранее чем через 3 месяца.

Разъяснено, что раннее повторное введение препаратов может привести к синтезу нейтрализующих антител и неэффективности дальнейших процедур. Прием аспирина и других лекарств, уменьшающих свертываемость крови, увеличивает вероятность развития гематом в местах инъекций. В зависимости от индивидуальных особенностей организма может потребоваться коррекция через 2-3 недели.

Мне разъяснено, что к осложнениям вмешательства относятся: аллергический дерматит, локализованная крапивница, острые поверхностные и глубокие пиодермиты, активизация герпетической инфекции, очаги некроза, распространенная крапивница, отек Квинке, токсикодермия, обострение атопического дерматита, бронхиальной астмы и др. отек места инъекции, головные боли, мигрень, парестезии (нарушение чувствительности), астенопия (слабость зрения), диарея, тошнота, слезотечение, отек верхних и нижних век, выворот век, фотофобия (светобоязнь), утомляемость, гриппоподобный синдром, диплопия (двоение в глазах), нарушение артикуляции, онемение, нарушение чувствительности, частичный паралич лица, асимметрия лица.

Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Коррекция мимических морщин; лечение локализованных форм гипергидроза; устранение хронического мышечного спазма.

Мне разъяснено, что нежелательными реакциями при использовании инъекций препаратов ботулотоксина, могут быть:

- со стороны нервной системы: головные боли, парестезии;
- со стороны глаз: птоз.
- со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота.
- со стороны кожи: эритема, стянутость кожи.
- со стороны опорно-двигательной системы: мышечная слабость.
- общие реакции и реакции в месте введения: боли в области лица, отек места инъекции, экхимозы, боли в месте инъекции, раздражение кожи в месте инъекции. Частота побочных реакций составляет 1–10%.

Эстетический эффект препаратов ботулотоксина наступает, как правило, в течение недели после процедуры и сохраняется до 4 месяцев.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____20 ____года

Приложение № 26
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на введение филлеров (инъекционных тканевых наполнителей)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

№ п/п	***Вид вмешательства/услуги***
A16.07.022.16 - A16.07.022.19	***Введение филлеров (инъекционных тканевых наполнителей)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД»».

Медицинским сотрудником организации, в доступной для меня форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: восстановление рубцово-измененной кожи после акне, различных видов травматизации кожи, восстановление потерянного объема, векторный лифтинг.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что во время вмешательства осуществляется введение с помощью очень тонкой иглы тканевых наполнителей:_____

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что введение инъекционных тканевых наполнителей может потребовать местной анестезии путем нанесения на кожу крема с анестетиками (прилокаин, тетракаин, лидокаин).

Иное _____

Мне разъяснено, что противопоказаниями к введению инъекционных тканевых наполнителей являются: инфекционно-воспалительные процессы в месте введения, новообразования кожи, включая невусы (родинки), индивидуальная непереносимость тканевых наполнителей и средств анестезии, беременность, период лактации, повышенная температура тела, злокачественные опухоли, аутоиммунные заболевания.

Разъяснено, что при не предоставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний или их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут

Мне разъяснено, что в местах инъекций могут возникнуть покраснения, болезненность, синяки, микрогематомы, отеки, побледнение кожи.

Мне разъяснено, что при введении инъекционных тканевых наполнителей возможно возникновение нежелательных осложнений: аллергический дерматит, локализованная крапивница, острые поверхностные и глубокие пиодермиты, активизация герпетической инфекции, очаги некроза, распространенная крапивница, отек Квинке, токсикодермия, обострение атопического дерматита, бронхиальной астмы, отёк места инъекции, головные боли, мигрень, парестезии (нарушение чувствительности), диарея, тошнота, ишемия, лимфостаз. Разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах. Информация о состоянии моего здоровья представлена максимально полно.

Я осознаю, что филлер является инъекционным имплантатом (техника введения линейно-ретроградная), предназначенным для заполнения умеренно выраженных и глубоких провисаний кожи лица путем введения

МИ в подкожные плоскости, средние и/или глубокие слои дермы для увеличения объема скул, а также для увеличения объема губ и коррекции их контура, изменения анатомии состарившейся кожи: восстановления объемов, восстановления кожной гидратации, для коррекции умеренных и глубоких мимических морщин на лице и складках (например, носогубная складка), в области щек и бровей, для увеличения объема тканей и улучшения контура лица, коррекции линии подбородка, заполнения деформаций, связанных со шрамами, восстановления объемов, потерянных, в связи с липоатрофией.

Мне разъяснено, что эстетический эффект от подкожного введения филлеров в различные слои дермы является длительным, препарат находится в тканях от 4 месяцев до 12 месяцев в зависимости от индивидуальных особенностей организма, состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, его типа, техники инъекции и образа жизни (соблюдения рекомендаций врача, курения, воздействия солнца и проч.), а также, что различные манипуляции, способствующие улучшению кровообращения в зоне инъекций изделия способствуют сокращению его пролонгированного действия.

Мне разъяснено, что противопоказаниями к введению филлеров являются: эпилепсия, не поддающаяся лечению, наличии аутоиммунных заболеваний, процессов в т. ч. соединительной ткани, склонность к образованию и развитию келоидных и гипертрофических рубцов, известная повышенная чувствительностью к гиалуроновой кислоте, лидокаину или иным местным анестетикам из группы амидных препаратов, анафилактический шок в анамнезе, заболевание порфирией, беременность и лактация, детский возраст, инфекционный/воспалительный процесс в зоне инъекций, наличие инфекционных заболеваний, в т. ч. акне, герпес и т. д., кожных заболеваний, ранее введенный в области предполагаемой инъекции имплантат/препарат другого состава, случаи реакции отторжения инородного тела в анамнезе, повышенная температура тела и/или периоды обострения соматических заболеваний, заболевания и состояния, характеризующиеся нарушением свертываемости крови, прием ряда лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты, антиагреганты, системные ретиноиды и т. д., сочетание с употреблением нестероидных противовоспалительных препаратов, включая аспирин, витамин Е, жаропонижающих средств и антикоагулянтов за две недели до использования филлера, сочетание с пилингами, дермабразией, лазерными или ультразвуковыми процедурами.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом введения инъекционных тканевых наполнителей является восстановление рубцово-измененной кожи после акне, различных видов травматизации кожи, восстановление потерянного объема, векторный лифтинг.

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции в местах инъекций и вокруг них возможно возникновение побочных эффектов: воспалительной реакции (отек, эритема, покраснение и др.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании, продолжительностью до 7 дней, кровоподтеков, гематом, уплотнений или узелков, окрашивание или обесцвечивание кожи, слабо выраженный эффект заполнения, требующий дополнительных процедур/инъекций.

Учитывая информацию о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после инъекции гиалуроновой кислоты и/или анестетиков, необходимо принимать в расчет потенциальную опасность развития подобных осложнений.

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры, такие как:

Не пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата, избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°С, не посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____20 ____года

Приложение № 27
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на биоревитализацию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.003.05- A11.01.003.12 A11.01.003.14- A11.01.003.20 A11.01.003.35	***Биоревитализация препаратом:*** _____

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: профилактика и коррекция косметических недостатков кожи, ее увлажнение и повышение эластичности путем насыщения его глубоких слоев гиалуроновой кислотой.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что применяются инъекционная биоревитализация (введение гиалуроновой кислоты с помощью очень тонкой иглы). Способ введения: внутрикожное, подкожное инъекционное введение с помощью тонкой иглы, содержащего биологически активные вещества.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к биоревитализации являются: инфекционно-воспалительные процессы в месте введения, новообразования кожи, включая невусы (родинки), индивидуальная непереносимость гиалуроновой кислоты, беременность, период лактации, повышенная температура тела, злокачественные опухоли, аутоиммунные заболевания, келоидные рубцы. Разъяснено, что при не предоставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний или их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут.

Мне разъяснено, что в местах инъекций могут возникнуть покраснения, болезненность, синяки, микрогематомы, отеки, побледнение кожи.

Мне разъяснено, что при проведении биоревитализации возможно возникновение нежелательных осложнений: аллергический дерматит, локализованная крапивница, острые поверхностные и глубокие пиодермиты, активизация герпетической инфекции, очаги некроза, распространенная крапивница, отек Квинке, токсикодермия, обострение атопического дерматита, бронхиальной астмы, отек места инъекции, головные боли, мигрень, парестезии (нарушение чувствительности), диарея, тошнота, ишемия, лимфостаз.

Разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры не допускается использование макияжа в зоне проведения процедуры в течение 12 часов, пребывание на солнце, воздействие ультрафиолетовых лучей,

пребывание в прохладном месте с температурой ниже 0, посещение саун или бань в течение 2-хнедель после процедуры, физические нагрузки.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Профилактика и коррекция косметических недостатков кожи, ее увлажнение и повышение эластичности путем насыщения ее глубоких слоев гиалуроновой кислотой.

Наименование препарата, используемого для процедуры:

_____

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 28
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на мезотерапию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.01.003.01,A11.01.003.02 A11.01.003.27-A11.01.003.34	***Мезотерапия препаратом_____***

в целях получения медицинской помощи (получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры мезотерапии и с ходом самой процедуры. Мне рассказали, и я понял(-а), что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения лекарственных веществ с целью профилактики старения кожи, ее омоложения, лечения целлюлита, угревой болезни, а также лечения различных заболеваний. Микроинъекции проводятся тончайшими иглами вручную.

На консультации врач вместе со мной подробно обсудил все вопросы, касающиеся использования мезотерапии, выбрал препараты для устранения моей проблемы и составил программу выполнения процедур. На основании собранного анамнеза и проведенного осмотра, врач в моем присутствии заполнил карту амбулаторного больного.

Цели оказания медицинского вмешательства могут являться: обогащение организма гиалуроновой кислотой, витаминами, микроэлементами, аминокислотами, ферментами, веществами, улучшающими кровообращение, стимулирующими выработку коллагена и эластина, для коррекции мимических морщин, восстановления тонуса кожи, устранения сухости, дряблости кожи, лечения дерматологических заболеваний.

Методами оказания медицинского вмешательства являются:

Внутрикожное, подкожное инъекционное введение с помощью тонкой иглы, содержащего биологически активные вещества:

Вид препарата: _____
_____

Мне разъяснено, что в зависимости от показаний может применяться несколько вариантов введения препаратов: наппаж (внутрикожная микроинъекция сразу под эпидермис), микродермальная папула (внутрикожная инъекция в поверхностный слой дермы), дермальная папула (внутрикожная инъекция в средний слой дермы), внутрикожная (глубокая) дермальная папула (инъекция в глубокий слой), мезоперфузия (подкожная инъекция), линейно-ретроградная техника (внутридермальная инъекция), нагнетательная техника (введение препарата непосредственно в рубец).

Мое внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течение нескольких часов или дней, отечность, болезненность и гематомы в местах инъекций.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата необходимо пройти курс. Количество процедур и выбор препарата определяется врачом.

Меня ознакомили с альтернативными методами лечения эстетический проблем, среди которых: фототерапия, лазеротерапия, радиоволновая терапия, массаж, уходовые маски, химические пилинги,

криотерапия, озонотерапия, аппаратные методики, и я полностью поддерживаю выбранную лечащим врачом методику мезотерапии.

Мне разъяснено, что **имеются противопоказания к вмешательству**: беременность, период лактации, аллергия на препараты, кожные заболевания, обострение герпесной инфекции, хроническая сердечно-сосудистая патология, гипертоническая болезнь III степени, желчекаменная болезнь, гемофилия, прием препаратов, разжижающих кровь, острые лихорадочные, вирусные состояния, открытые раны или повреждения кожи, повышенная чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению, лейкемия, ВИЧ, эпилепсия, сепсис, употребление алкоголя до вмешательства.

Доведено до сведения, что при непредставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут. В целях достижения наилучшего эффекта вмешательства не рекомендуется употреблять алкоголь в течение 7-10 дней после процедуры, загорать.

Мне разъяснено, что к осложнениям вмешательства относятся: болевые ощущения, гематомы, эритема, кожный некроз, отек Квинке, крапивница, аллергические реакции, обострение желчекаменной болезни, реактивация герпесвирусной инфекции, шрамы, рубцы.

Мне разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре мезотерапии, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется, либо я умышленно скрыл (-а) их от моего лечащего врача. _____

ФИО пациента, подпись

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

Я понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на процедуру подписью

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20 ___г.

Приложение № 29
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на удаление доброкачественных новообразований кожи
(кондилом/папиллом/вирусные бородавки) лазером

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

пп/п	***Вид вмешательства/услуги***
A16.01.017.10 - A16.01.017.20	**Удаление доброкачественных новообразований кожи (кондилом, кератом, невусов) лазером**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- Цели оказания медицинской помощи: удаление доброкачественных новообразований кожи кондилом/кератом/невусов.

Локализацию указать:
на лице: _____.
На прочих участках тела:_____.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Мне разъяснено, что процедура представляет собой удаление кондилом с помощью лазера, что подразумевает процесс сжигания при помощи луча CO2 лазера. Лазер попадает точно в нужное место и не повреждает кожу вокруг. В результате удаления остается микроскопичная ранка, заживающая за одну-две недели. Кожа заживает сама дополнительных восстановительных процедур не требуется. Рубцы не появляются.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что после проведения вмешательства на месте новообразования возможен отек, покраснение кожи, образование пузырьков с жидкостью в течение нескольких дней. Мне разъяснено, что указанное вмешательство может повлечь риск развития инфекции в ранке, которая может быть спровоцирована среди прочего наличием у пациента сахарного диабета, грибковых заболеваний. Применение стероидных гормонов повышает риск развития инфекции. Длительное применение антибиотиков пациентом может привести к появлению устойчивой к антибактериальной терапии флоры.

Мне разъяснено, что противопоказаниями являются: невыясненная этиология новообразования, активно выраженный воспалительный процесс кожи, индивидуальная непереносимость, лихорадочное состояние, заболевания нервной системы с резко повышенной возбудимостью, сахарный диабет в стадии декомпенсации, иммунодефицитные состояния в стадии декомпенсации, герпетические высыпания в области новообразования, кожа непосредственно после загара, нарушенное кровообращение в области новообразования сильная пигментация кожи, аутоиммунные заболевания, прием иммуносупрессантов, коллагеновые болезни, криоглобулинемия, болезнь Рейн, лучевая и химиотерапия; гипертоническая болезнь 3 стадии со значительным повышением уровня артериального давления; дерматозы в области проведения процедуры, фотодерматозы; случаи витилиго в семье; герпетическая инфекция в стадии обострения, наличие сердечных водителей ритма;

непереносимость токовых процедур; наличие импланта из силикона, свежих соединительнотканных рубцов в области предполагаемого проведения процедуры.

(иное указать)_____.

Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: удаление новообразований кожи, улучшение качества кожи, улучшение её эстетических свойств.

Степень коррекции зависит от исходной глубины новообразований кожи, их биологических свойств, индивидуальных особенностей (типа кожи, гормонального статуса, особенностей обмена веществ, особенностей именного статуса, вредных привычек), а также от условий внешней среды, в которых происходит заживление дефекта и восстановление кожи после удаления новообразований кожи. Я понимаю, что абсолютно полное восстановление кожи после процедуры без всяких следов принципиально невозможно.

Я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению осложнений. Настоящим я доверяю врачу изменить объем вмешательства в случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства в соответствии с клинической ситуацией, его опытом, навыками и знаниями.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

Меня проинформировали о рекомендациях, которые необходимо соблюдать после медицинского вмешательства для профилактики инфицирования и других возможных осложнений и для ускорения заживления в течение не менее 2 месяцев после процедуры: не париться в бане и не загорать; постоянно использовать солнцезащитные средства высокого фактора; ограничить применение декоративной косметики; пользоваться специальными противовоспалительными, ранозаживляющими препаратами в соответствии с назначениями моего доктора; не проводить самолечения. Мне разъяснено, что в светлое время суток категорически противопоказано выходить из помещения, предварительно не нанеся солнцезащитное средство высокого фактора защиты (не менее spf 50), вне зависимости от продолжительности пребывания на открытом в воздухе.

Я предупрежден(а) о том, что в случае невыполнения мною рекомендаций врача, несоблюдения правил ухода за раной, наличия иммунодефицитных состояний, склонности к образованию рубцов и пигментации, Клиника освобождается от ответственности и возмещения ущерб.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

На гистологическое исследование полученного материала согласен (а):

Я уведомлен(а) и согласен(на), что информация о результатах исследования предоставляется медицинским работником на приеме (консультации). Обязуюсь обратиться за консультацией (на прием) специалиста за получением информации о результатах гистологического исследования.

Подпись пациента/ законного представителя_____/_____/

От гистологического исследования отказываюсь, о последствиях предупрежден (-а):

Подпись пациента/ законного представителя _____/_____/

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 30
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на трахелопластику (пластику шейки матки)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

п/п	***Вид вмешательства/услуги***
A16.20.007	***Трахелопластика***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- Пластика шейки матки (трахелопластика) - это мероприятие по коррекции деформаций шейки, выполняемое оперативным путём.

Показания к процедуре: рубцовые деформации, удлинение шейки матки, травмы цервикального канала, в то числе родовые и постабортные, аномалии строения и развития, эктропион – выворот слизистой ткани шейки матки наружу.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Пластика шейки матки выполняется после менструации, при отсутствии кровянистых выделений из половых путей, желательно сразу после окончания менструации (для того, чтобы имелся максимальный период до следующей менструации для комфортного заживления ран на шейке матки).

Гигиеническая обработка промежности производится накануне операции: на промежности должны отсутствовать волосы и воспалительные элементы.

При наличии аллергических реакций необходимо принимать антиаллергические препараты и не отменять их в день операции. Обязательно предупредить о наличии аллергии не только на лекарственные препараты.

За сутки до пластики шейки матки следует отменить прием алкоголя, антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов. Прием препаратов от артериального давления, сердечно-сосудистых препаратов, а также гормонов отменять не следует. Прием определенных групп гипотензивных и противодиабетических препаратов может быть заменен на период лечения по согласованию с лечащим врачом и анестезиологом.

Суть пластики заключается в иссечении рубцовой ткани на шейке матки в области старых разрывов и деформаций. После освежения разрывов выполняется сшивание лоскутов шейки матки рассасывающим шовным материалом в два слоя с формированием нового цервикального канала и погружением слизистой цервикального канала внутрь. При выполнении оперативного лечения используется только рассасывающий шовный материал. Процесс рассасывания шовного материала длится примерно 28 дней. Длительность операции составляет около 30-60 минут.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что противопоказаниями к пластике шейки матки являются: беременность и период лактации, онкология, обострение хронических заболеваний, острые инфекционные заболевания, нарушение свертываемости крови, менструация в предполагаемый день проведения операции, психологическая неготовность к хирургическому вмешательству, механические повреждения в предполагаемой зоне вмешательства, воспалительные и инфекционные патологии мочеполовых органов.

Мне разъяснено, что в раннем послеоперационном периоде у всех пациенток отмечается болевой синдром, длительность которого зависит от количества и глубины швов, объема проведенной операции и индивидуальной болевой чувствительности.

Мне разъяснено, что после процедуры возможно возникновение нежелательных последствий и осложнений: несостоятельность и расхождение швов с последующим формированием грубого рубца; кровотечение и внутренние гематомы; инфицирование послеоперационной раны.

Мне разъяснено, что в реабилитационном периоде рекомендован половой покой в течение месяца, запрещены тепловые процедуры (горячая ванна, баня, сауна), физические нагрузки, прием некоторых медицинских препаратов, указываемых лечащим врачом, подъем тяжестей, временный отказ от тампонов.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом качественно выполненной пластики шейки матки станет восстановление её естественной анатомической конфигурации и правильного положения, что имеет большое значение для планирования последующих беременностей.

Благодаря операции цервикальный канал становится прямым с нормальной проходимостью, наружный зев приобретает щелевидный или овальный вид, поверхность шейки покрывается равномерным слоем клеток эпителия.

Мне разъяснено, что реабилитационный период после проведенной процедуры занимает в среднем 1 месяц, в течение этого срока пациентке рекомендуется придерживаться определенных ограничений, что служит профилактикой несостоятельности швов и позволяет закрепить достигнутый операцией результат.

Мне разъяснено, что пластика шейки матки не приводит к нарушению репродуктивной функции, не сопровождается нарушением овуляторно-менструального цикла и не препятствует естественному зачатию, не является противопоказанием для деторождения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 31
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на гистероскопию/гистерорезектоскопию.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A03.20.003.01 - A03.20.003.06 A03.20.003.001.01, A03.20.003.001.02	***Гистероскопия*/гистерорезектоскопия.**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:**

диагностика бесплодия, невынашивания беременности, маточных кровотечений, опухолевых процессов в матке, полипов и миом матки, спаек или перегородок внутри матки, аномалий строения матки; лечение гинекологических заболеваний; взятие образцов тканей для гистологического исследования

(иное указать) _____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что гистероскопия представляет собой метод эндоскопического исследования в гинекологии, позволяющий при помощи гистероскопа проникнуть в полость матки через ее шейку и при помощи вмонтированной на конце гистероскопа камеры визуально оценить состояние полости матки и области устьев маточных труб.

Мне разъяснено, что перед выполнением гистероскопии необходимо выполнение комплекса подготовительных мероприятий: лабораторные анализы по назначению лечащего врача; перед проведением гистероскопии за несколько дней необходимо воздержаться от половых контактов, от использования свечей и других средств, не использовать тампоны и спринцевания.

Гистероскопия проводится с 6 по 11 день цикла, при необходимости нестандартных исследований проведение процедуры может быть назначено на любой день цикла.

Гистероскопия проводится под кратковременным внутривенным наркозом, так как при ее выполнении могут потребоваться некоторые неприятные или болезненные манипуляции.

Перед введением гистероскопа может потребоваться расширение шейки матки до 10-12 мм, чтобы спокойно ввести тубус аппарата. В среднем процедура гистероскопии занимает от 10 до 30 минут. Иногда до часа.

Мне разъяснено, что при наличии медицинских показаний во время гистероскопии дополнительно могут проводиться следующие процедуры:

- выскабливание полости матки;
- биопсия - взятие ткани эндометрия для дальнейшего гистологического исследования;
- проведение лечебных процедур: разделение синехий (спаек), удаление полипов;
- прицельное ведение лекарственных препаратов;

(иное указать)_____

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что абсолютными противопоказаниями к гистероскопии являются: воспалительные процессы в малом тазу, вагинит или бактериальный вагиноз из-за опасности заноса инфекции в полость матки, беременность, раковое поражение шейки матки, сильное маточное кровотечение, острые респираторные вирусные инфекции, обострение хронических заболеваний

(иное указать)_____

Мне разъяснено, что сразу после выхода из наркоза и некоторое время после гистероскопии возможны болезненность и спазмы в области малого таза; могут наблюдаться мажущие или кровянистые выделения из влагалища. Поле проведения гистероскопии стоит воздержаться от половых контактов и физической нагрузки в течение 14 дней, противопоказаны сауны, бани, ванны.

Мне разъяснено, что после гистероскопии существует риск возникновения осложнений: эндометрит: острый или обострение хронического; перфорация матки; кровотечение.

Необходимо незамедлительно обратиться к лечащему врачу при появлении следующих симптомов: повышение температуры, тянущие боли в области малого таза, гнойные или кровянистые выделения из влагалища; резкая боль в животе, резкое снижение давления, обмороки.

(иное указать) _____

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что гистероскопия проводится с общей анестезией.

Мне разъяснено, что гистероскопия проводится с биопсией/без биопсии (ненужное зачеркнуть).

Мне разъяснено, что гистероскопия проводится с прицельным введением лекарственных средств/без прицельного введения лекарственных средств

(иное указать)_____

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение гистероскопии позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом гистероскопии является получение медицинского заключения врача-эндоскописта с расшифровкой.

(иное указать)_____.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год

Приложение № 32
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на серкляж на шейку матки по МакДональду

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.20.055	***Серкляж на шейку матки по МакДональду.***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** серкляж на шейку матки по МакДональду - хирургическая процедура, проводимая во время беременности, включающая в себя наложение шва на шейку матки с целью ее механической поддержки и снижения риска позднего выкидыша либо преждевременных родов.

Показания к процедуре:

- две и более потери во второй половине беременности (после исключения других этиологических факторов).
- при повторных потерях беременности, если каждый последующий эпизод происходил в более ранние сроки, чем предыдущий;
- прогрессирующее уменьшение длины ШМ по данным как минимум двух последовательно выполненных ультразвуковых цервикометрий;
- укорочение шейки матки менее 20 мм без видимых схваток;
- пролабирование плодного пузыря.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Процедура проводится под общей анестезией, путем зашивания матки круговым кисетным швом (по MacDonald). Узел фиксируется на 12 часах. Возникает механическое препятствие раскрытию шейки, Перед родами швы удаляют.

Необходимые анализы перед проведением процедуры: группа крови, резус-фактор, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, АТ к сифилису, ВИЧ, гепатитам В и С, ЭКГ, терапевт (по показаниям), мазок на флору. Женщинам с резус-отрицательной группой крови, которые беременны от резус-положительного мужчины, необходима профилактика конфликта с плодом. При отсутствии у пациентки антител для сенсибилизации внутримышечно вводится антирезус-иммуноглобулин в дозировке 1500 МЕ или 300 мкг.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Метод устранения ИЦН (истмико-цервикальной недостаточности, подбирается по неделям беременности. Серкляж проводятся с профилактической целью в 12-14 недель, если в анамнезе были поздние выкидыши или преждевременные роды, либо после обязательного УЗИ в 22 недели, на котором были обнаружены признаки укорочения шейки, серкляж выполняют до 24 недель.

Противопоказаниями к процедуре являются:
- разрыв плодных оболочек;
- острые инфекционные заболевания;
- хориоамнионит;
- вагинальное кровотечение;
- гипертонус или родовая деятельность;
- срок беременности менее 12 недель;

Мне разъяснено, что профилактический серкляж, наложенный через влагалище, удаляют в сроке 36-38 недель. Раннее удаление шва проводится у женщин с начавшимися схватками.

Мне разъяснено, что до процедуры необходимо отказаться от любой пищи и жидкости за 5 часов, так как это может вызвать тошноту и рвоту во время проведения анестезии. Воздержаться от половой жизни 24 часов до операции.

После проведения процедуры возможны: слабое кровотечение и спазмы в течение нескольких дней после процедуры.

Мне разъяснено, что существует риск развития осложнений: кровотечение из шейки матки, травмирование плодного пузыря, развитие родовой деятельности, поздний выкидыш.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 33
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на вскрытие абсцесса бартолиновой железы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.20.020.01	***Вскрытие абсцесса бартолиновой железы***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: абсцесс бартолиниевой железы – гнойное осложнение острого или хронического бартолинита. Представляет собой полостное образование на месте железы (в области половых губ), заполненное гноем.

Основная причина заболевания – инфекционное поражение. Чаще всего «виновниками» бартолинита являются возбудители заболеваний, передающихся половым путем. Кроме того, воспаление может возникнуть по причине влияния других микроорганизмов (стафилококки, кишечная палочка, трихомонады, стрептококки, кандида и т.д.).

Основной путь поражения – восходящий, при котором инфекционные агенты проникают в бартолиновую железу «извне», то есть со стороны влагалища. В некоторых случаях возможна гематогенная или лимфогенная передача инфекции.

Самый эффективный метод лечения абсцесса – его вскрытие с последующим дренированием (установкой дренажа для оттока гноя). Процедура является малой хирургической операцией и выполняется врачом-гинекологом.

Вскрытие показано только при полностью сформировавшемся абсцессе, признаком которого является флюктуация (колебание кожи при нажатии на нее над абсцессом). Дренировать также необходимо самопроизвольно вскрывшийся абсцесс, так как нет гарантии, что его полость самостоятельно полностью очиститься от гноя, и не возникнет рецидив.

Предоперационная подготовка заключается в тщательном туалете половых органов и обработки влагалища антисептиком. Рекомендуется выбрить волосы в паховой области.

Основные симптомы истинного абсцесса бартолиновой железы: повышение температуры до 40°С, интоксикация; болевой синдром усиливается, становится непроходящим, пульсирующим; отек становится очень большим (до 5-7 см в диаметре); цвет кожного покрова ярко-красный, прикосновения к припухлости очень болезненно; возможно увеличение паховых лимфатических узлов.

При вскрытии абсцесса состояние улучшается.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Операция является амбулаторной. Пациентка располагается в гинекологическом кресле, врач производит обработку вульвы, влагалища, внутренней поверхности бедер раствором антисептика. Влагалище плотно тампонируют, чтобы исключить попадание в него гнойного отделяемого. Затем выполняется разрез скальпелем по внутреннему краю большой половой губы в месте наибольшей флюктуации. Длина разреза составляет 2-4 см, а глубина определяется моментом истечения гнойного содержимого из полости.

Пальцем или тупфером производят очищение абсцесса, разрушая все имеющиеся перегородки. Далее полость промывают перекисью водорода до полного удаления всего патологического содержимого. В разрез устанавливают резинку или марлевую турунду, чтобы образующийся в процессе заживления экссудат свободно оттекал наружу. Накладывается стерильная повязка, тампон из влагалища удаляется.

Время процедуры 15-20 минут. Выполняется под местным или общим обезболиванием. При вскрытии абсцесса под местной анестезией возможны неприятные и даже болезненные ощущения.

После операции назначается обезболивающая терапия и антибактериальные препараты.

При хроническом характере заболевания нередко формируются свищи, через которые постоянно выделяется гной.

При отсутствии лечения гнойный процесс с бартолиниевой железы может распространиться на соседние ткани, что приводит к возникновению флегмоны мягких тканей промежности. При генерализации процесса возможен сепсис.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что осложнениями воспаления бартолиновой железы являются: вульвит, кольпит, аднексит (что может привести к бесплодию). При отсутствии лечения образуются свищи, кисты, в результате требуется удаление железы целиком.

Возможен сепсис, как результат проникновения инфекции в сосудистое русло.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры необходимо: отказаться от половых контактов на период восстановления; не посещать бани, сауны, бассейны, водоемы; мытье под душем вместо лежачих ванн; избегать перегрева и переохлаждения; отдать предпочтение хлопковому свободному белью.

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: индивидуальная непереносимость средств для анестезии.

Мне разъяснено, что во время проведения операции возможны осложнения: кровотечение,

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 34
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на удаление кисты бартолиновой железы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.20.101	***Вскрытие кисты бартолиновой железы***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи

удаление кисты бартолиновой железы это метод устранения кистозного образования в области выводного протока большой железы преддверия влагалища.

Бартолиновая киста представляет собой заболевание, которое возникает в железах и локализуется у основания больших половых губ. Причиной патологического процесса является отек тканей, который приводит к перекрытию выводного канала. В протоке и железе начинает накапливаться секрет, что со временем становится причиной образования кисты.

При неосложненном течении заболевания киста бартолиновой железы имеет вид небольшой припухлости в области одной из половых губ, которая локализуется ближе к анальному отверстию. Как правило, образования небольшого размера, которые не приносят пациенту никакого дискомфорта, обнаруживаются в ходе гинекологического осмотра. Если заболевание осложняется появлением абсцесса и нагноением, пациент начинает испытывать симптомы интоксикации, такие как повышение температуры, слабость, тошнота, резкое ухудшение самочувствия, увеличение размеров образования и боли в его проекции.

Мне разъяснено: показаниями к удаления кисты являются: болезненность при длительном нахождении в сидячем неподвижном положении / при движении / во время полового контакта; значительные размеры кисты; неоднократные рецидивы заболевания.

Мне разъяснено, что до процедуры удаления кисты, необходимо сдать следующие анализы: АТ к сифилису, ВИЧ, геп. В и С; определение группы крови и резус-фактора (Rh); общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостаз, мазок на флору; ЭКГ, ФЛГ.

У женщин в период менопаузы или перименопаузы показана биопсия кисты для исключения аденокарциномы, так как в этом возрасте наблюдается наибольший риск развития злокачественных опухолей.

- методы оказания медицинской помощи:

Чаще всего процедура удаления кисты бартолиновой железы проводится под общей анестезией. Если в качестве основного метода лечения была выбрана марсупиализация, то основными этапами вмешательства будут вскрытие скальпелем кистозного образования, его очищение от секрета, дезинфекция и ушивание.

Лазерное удаление кисты бартолиниевой железы, то есть вапоризация, основано на использование тепловой энергии луча, под действием которой за секрет выпаривается из капсулы кисты. После лазерной обработки ткани склерозируют, минимизируя риск рецидива.

В ходе вылущивания охватывается всё образование и здоровые ткани железы. На первом этапе хирург рассекает слизистую оболочку, затем с помощью зажимов разводит каря раны и разъединяет рыхлую соединительную ткань. После того как капсула кисты выделена, хирург приступает к её вылущиванию, параллельно лигируя кровеносные сосуды.

Мне разъяснено, что с целью исключения риски развития осложнений, пациенту необходимо в течение 3-х – 4-х недель соблюдать рекомендации врача. В раннем реабилитационном периоде следует регулярно обрабатывать рану, принимать антибиотики, назначенные врачом, носить свободное бельё из натуральных тканей. Кроме того, до полного восстановления необходимо соблюдать половой покой, ограничить физические нагрузки и исключить распаривающие процедуры, посещение открытых водоемов, бассейнов.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что противоказаниями к проведению процедуры являются: индивидуальная непереносимость средств для анестезии; хронические заболевания в период обострения; инфекционные процессы в остром периоде; воспалительные заболевания структур и органов мочеполовой системы.

Мне разъяснено, что осложнениями могут явиться: в ходе операции может произойти разрыв капсулы кисты. Это может замедлить продолжительность операции и привести к загрязнению раны, возможны кровотечения из сосудов ложа кисты, останавливаемое путём наложения погружных швов. В послеоперационном периоде возможно нагноение или расхождение швов. В 2-5% есть риск рецидива заболевания.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

Приложение № 35
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на циркумцизию (обрезание крайней плоти).

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.21.013.01	***Циркумцизия (обрезание крайней плоти)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи

Циркумцизия является вмешательством, суть которого сводится к иссечению крайней плоти. В результате манипуляций головка полового члена обнажается. Проводят по медицинским показаниям для профилактики некоторых заболеваний и их лечения, гигиенических и эстетических целей.

Показаниями к процедуре являются: фимоз, излишнее нарастание крайней плоти, утрата эластичности тканей, парафимоз, кондиломатоз.

Операция может выполняться и в целях обеспечения максимальной гигиены, а также для решения проблемы преждевременного семяизвержения.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостаз, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ, мазок на флору из уретры.

Мне разъяснено, что перед проведение процедуры обязательна консультация уролога.

За 2 недели до обрезания следует отказаться от приема антикоагулянтов, употребления алкогольных напитков и курения.

Операция проводится как под местной, так и под общей анестезией.

При общей анестезии за 4-6 часов до вмешательства рекомендуется не пить и не есть.

- методы оказания медицинской помощи:

циркумцизия может проводиться с использованием нескольких техник.

Циркулярная резекция. Данная методика позволяет сохранить эстетичный внешний вид полового члена. Предварительно на ткань наносится пунктирная линия, по которой будет проходить надрез. Затем кожа натягивается и обрезается. Раневая поверхность зашивается.

Дорсальный разрез. Данная методика особенно актуальна при фимозе и отличается отсутствием рисков неудовлетворительного косметического эффекта. При проведении вмешательства на крайнюю плоть хирург накладывается 2 зажима. Затем врач выполняет разрез к линии нанесенной заранее разметки. Затем сосуды коагулируются, накладываются швы и стерильная повязка.

Лазерный метод. При таком вмешательстве основание пениса перетягивается жгутом, а с внешней стороны выполняется круговой разрез. Операция отличается минимальной травматизацией тканей и быстрым восстановлением.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры необходимо: в течении 2-суток после процедуры не рекомендуется мыться под душем полностью. Только частично, не допуская попадания воды на повязку.

Излишние физические нагрузки, удары и падения могут спровоцировать расхождение швов

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: острая сердечно-сосудистая недостаточность или хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса, острый баланопостит, патологические выделения из уретры, острый гнойный процесс в зоне вмешательства, хронические заболевания в стадии обострения, тяжелое или требующее постоянного наблюдения состояние пациента, нарушения свертывающей системы крови; аномалии развития полового члена; индивидуальные особенности крайней плоти: малое количество, короткая уздечка; сахарный диабет; недееспособность пациента; иммунодефициты любой этиологии; лимфаденопатия неясного или инфекционного генеза; повышенные лейкоциты в анализах мочи.

Мне разъяснено, что в случае нарушения предписаний лечащего врача и необходимой личной гигиены в постоперационный период возможны следующие осложнения: нарушение мочеиспускания; расширение вен полового члена, которое не проходит спустя два дня после операции; образование грубых рубцов на члене; психологический дискомфорт; искривление полового члена; ущемление головки полового члена (парафимоз); отек полового органа; обильное кровотечение; воспаление полового члена.

В случае появления вышеперечисленных симптом необходимо незамедлительно обратиться к врачу за проведением очной консультации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

Приложение № 36
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на френулотомию (пластику уздечки полового члена)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.21.044.02	***Френулотомия (пластика уздечки полового члена)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Френулотомия, или френулопластика – операция по устранению короткой уздечки полового члена для восстановления его естественной анатомии и функциональности. Выполняется в амбулаторных условиях под местным обезболиванием.

Воздействие на ткани при проведении операции минимально, исправляется врожденный дефект развития органа.

Кроме врожденных и анатомических аномалий, патология может развиться в результате следующих внешних факторов:

Механические повреждения. Травмы, например спортивные, могут нарушить эластичность уздечки. Также слишком тесная одежда может вызвать микротрещины и спровоцировать срастание головки с препуцием. При слишком активном половом акте есть вероятность разрыва уздечки и после ее заживления может образоваться рубцовая ткань, которая также снижает эластичность

Хронические воспалительные заболевания кожи головки пениса (баланит).

Сахарный диабет, при неправильном лечении может вызывать проблемы с сосудами, как следствие нарушение эластичности и функциональности уздечки.

Фимоз – это сужение крайней плоти.

Мне разъяснено, что показаниями к проведению процедуры являются: неприятные болезненные ощущения при обнажении головки, появление трещин и кровоточивости после полового акта или при эрекции, в случае если при возбуждении появляется ощущение стянутости, при эрекции головка опускается вниз, преждевременная эякуляция.

- ***методы оказания медицинской помощи:***

Мне разъяснено, что операция представляет собой хирургическое иссечение уздечки. Все манипуляции проводятся **под местной анестезией**, длительность 10-15 минут. Доктор делает небольшой поперечный разрез, при необходимости может иссечь рубец, по окончании манипуляций накладывается продольный шов.

Уздечка со временем растягивается и становится нормальной длины, шрам от проведения операции через некоторое время становится незаметным.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, мазок на флору из уретры.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: воспалительные заболевания мочеполовой системы в остром периоде; инфекционные заболевания, в том числе ЗППП; нарушение свертываемости крови; онкологические патологии, острая почечная недостаточность; повышенный риск инсульта или инфаркта и наличие сопутствующих тяжелых форм сосудистых заболеваний; обострение соматических болезней.

Мне разъяснено, что в случае нарушения предписаний лечащего врача в пост операционном периоде возможны следующие соложения: отек полового члена; расхождение швов; инфицирование; неэстетичный вид шва; сильные боли.

В случае появления вышеперечисленных симптом необходимо незамедлительно обратиться к врачу за проведением очной консультации.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры необходимо: исключить физические нагрузки; отказаться от интимной близости и действий приводящий к возбуждению полового члена сроком на 2-4 недели в зависимости от процесса заживления раны; принимать антибактериальные препараты; гигиенические процедуры проводить исключительно кипяченой водой; в случае приема душа, на половой член надевать презерватив.

В течение последующих двух месяцев после проведения операции при половом акте использовать смазки и лубриканты для избегания повторного травмирования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____ _____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 37
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на пункцию при водянке яичка (гидроцеле)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.21.014	***Пункцию при водянке яичка (гидроцеле)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Гидроцеле (водянка оболочек яичка) — заболевание, при котором происходит накопление серозной (прозрачной) жидкости в полости мошонки вокруг яичка.

Пункция яичек при водянке — альтернативный вариант классической операции по удалению скопившейся жидкости через разрез в мошонке. Эта методика подходит пациентам, которым в силу ряда причин не рекомендовано хирургическое вмешательство по традиционной схеме.

Пункция показана при: сильном увеличении мошонки в размерах, причиняющем неудобства при ходьбе, рецидиве гидроцеле после проведенного ранее лечения.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что пункция яичка проводится следующим образом:

Пункцию гидроцеле проводят под контролем УЗИ, что позволяет избежать травмы яичка и крупных сосудов. Сначала шприцем с тонкой иглой производится **обезболивание кожи мошонки в месте пункции. Для этого внутрикожно и подкожно вводится 1.0 мл - 1%-ного раствора лидокаина.** После обезболивания кожи, толстой иглой с присоединенной к ней силиконовой трубкой производится пункция гидроцеле, и отведение выделяющейся жидкости в лоток, расположенный несколько ниже, самотеком.

После того, как жидкость перестает выделяться, ранка, оставшаяся на коже в месте пункции обрабатывается водным раствором антисептика и накладывается асептическая наклейка. После пункции, для уменьшения вероятности повторного накопления жидкости или для замедления ее повторного накопления, показано ношение суспензория или плотных плавок с течение 2 - 4-х недель.

Мне разъяснено, что существует несколько видов пункций:

Диагностическая пункция мошонки при гидроцеле. Необходима для уточнения диагноза, изучения состава жидкости (серозная, гнойная), выявления атипичных клеток или воспаления.

Лечебная пункция при напряженном гидроцеле, когда необходимо устранить дискомфорт и облегчить состояние пациента.

Пункция не является заменой хирургической операции, она может давать временный эффект, жидкость может снова накапливаться в мошонке через некоторое время.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, мазок на флору из уретры.

Специальной подготовки к пункции водянки яичка не требуется, процедура проводится врачом-урологом амбулаторно.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре являются: острые воспалительные процессы органов мочеполовой системы, при наличии воспалительных изменений на коже мошонки, из-за высокой вероятности инфицирования гидроцеле и развития гнойного воспалительного процесса.

Госпитализация в стационар не требуется, пациент может отправиться домой в тот же день. Срок восстановления составляет несколько дней, после чего мужчина может вернуться к привычному образу жизни. Для профилактики осложнений и рецидивов необходимо посещение уролога-андролога каждые 3 месяца.

Первые 24 часа не рекомендуется мочить рану, лучше воздерживаться от принятия душа или ванны. В дальнейшем стоит ограничить длительность водных процедур до тех пор, пока место прокола полностью не заживет.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____ _____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 38
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на операцию при водянке яичка (гидроцеле)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.21.014.001	***Операцию при водянке яичка (гидроцеле)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Гидроцеле (водянка оболочек яичка) — заболевание, при котором происходит накопление серозной (прозрачной) жидкости в полости мошонки вокруг яичка.

Операция при гидроцеле яичка — это хирургический способ удаления жидкости из полости яичек при развитии водянки.

Цель операции – не только удалить водянку яичка, но и предотвратить повторное его образование.

Операция при водянке яичка проводиться в амбулаторных условиях.

Показаниями к проведению операции по водянке яичка являются: болевой синдром в области промежности, чувство давления, распирания в половых органах; значительное увеличение мошонки в размерах; затрудненное мочеиспускание; неэстетичный внешний вид половых органов.

Отказ от операции может привести к ряду осложнений, ухудшающих репродуктивную функцию и потенцию. Кроме этого, гидроцеле может стать причиной физиологических изменений строения тестикул и прилегающих органов.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что операция при водянке яичка проводится следующим образом:

Хирургическая операция при гидроцеле яичка проводится под общей анестезией. Она заключается в рассечении области гидроцеле, удалении жидкости и последующей пластике. Задача хирурга полностью удалить источник заболевания и предотвратить его повторное образование.

Для открытия доступа врач делает разрез до 5 см, осторожно проникая под каждый слой поэтапно. После откачивания шприцом из влагалищной оболочки скопившейся секреции, хирург изучает состояние яичка и окружающих его тканей. Заключительным этапом является сшивание, при необходимости установление дренажа. Пластическая техника закрытия раны выбирается на усмотрение доктора.

Продолжительность операции зависит от сложности и выбранного метода лечения. После наложения швов накладывают компресс со льдом и бандажную повязку.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостаз, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ, мазок на флору из уретры.

В случае приема кроворазжижающих препаратов, их необходимо прекратить принимать за 2 недели до планируемой операции.

Накануне хирургического вмешательства по поводу водянки яичка следует побрить область паха.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению операции являются: сердечно-сосудистые заболевания; онкологические патологии; сахарный диабет; острые воспалительные заболевания мочеполовой системы; повреждение или воспаление кожных покровов яичек; нарушение свертываемости крови и др.

Мне разъяснено, что на время восстановительного периода после проведения операции необходимо: ношение свободной одежды. Нужно отказаться от трусов-плавок и узких боксеров. Водные процедуры можно возобновить через 1-2 дня. Предпочтительнее первое время пользоваться только душем. При незначительных болевых ощущениях показан прием анальгетиков. Возможно назначение противовоспалительных средств. Необходим регулярный контроль функций яичка и посещение уролога. Вести здоровый образ жизни. Воздержание от половых контактов в течение 2-3 недель. Сидеть в первое время не рекомендуется. Если пациенту был установлен дренаж, то через 2-3 дня необходимо показаться врачу для его удаления. Дома необходимо мазать шов раствором бриллиантовой зелени или противовоспалительной мазью по рекомендации врача.

Мне разъяснено, что возможны следующие осложнения после проведенной операции: гематома – это скопление крови в мошонке. В подавляющем большинстве случаев гематома рассасывается самостоятельно и не требует лечения. В 1% случаев может понадобиться повторное хирургическое вмешательство. Нагноение послеоперационной раны или инфекция структур мошонки. Повторное развитие гидроцеле наблюдается менее чем в 5% случаев. Задержка мочи. Аллергическая реакция на медикаменты, дезинфицирующие средства, латекс и др.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____ _____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 39
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на удаление кисты яичка (сперматоцеле)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.21.037.003	***Удаление кисты яичка (сперматоцеле)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Киста яичка является полостью, которая наполнена жидкостью и расположена в области придатков или ближе к семявыводящему протоку. Также она может быть образована и непосредственно на самом яичке. Данная патология требует наблюдения специалистом и при необходимости удаляется.

Удаление кист яичка проводится в следующих случаях: увеличение размеров образования, это приводит к растягиванию мошонки. Частое травмирование, может привести к разрыву кисты и нагноению тканей, которые располагаются в непосредственной близости от нее. При двустороннем поражении, т.к. существуют риски нарушения репродуктивной функции. При отсутствии возможности исключить риск развития злокачественного процесса. При снижении функциональности выводных каналов.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостаз, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ, мазок на флору из уретры.

Мне разъяснено, что операция при водянке яичка проводится следующим образом:

Удаление кисты требует специальной подготовки. На первом этапе пациенту проводят физикальное обследование. Врач осматривает и ощупывает пораженный орган, собирает анамнез. На следующем этапе назначаются инструментальные методы:

Ультразвуковое исследование – необходимо для определения размеров и локализации опухоли.

МРТ органов малого таза – с его помощью получают послойное изображение тканей, что позволяет более точно определить характер опухоли.

В некоторых случаях назначается биопсия яичка с гистологией и анализы крови на онкомаркеры.

Операция выполняется с использованием скальпеля и заключается в разрезе в области мошонки и удалении кисты. Образование удаляется максимально осторожно, чтобы избежать повреждения оболочки мошонки. Затем врач останавливает кровотечение и зашивает рану. После этого накладывается марлевая и поддерживающая повязки.

Операция проводится под общей анестезией.

- ***связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:***

Мне разъяснено, что противопоказаниями являются: тяжелые патологии со стороны сердечно-сосудистой или дыхательной системы, недавно перенесенные полостные операции, ожирение III степени,

нарушения свертываемости крови, выраженные нарушения гемодинамики, инфекционные и воспалительные процессы в организме, злокачественные новообразования.

Мне разъяснено, что последствиями от кисты яичка может выразиться следующими проявлениями: травма придатков; боль в мошонке; бесплодие у мужчин; появление отека и инфекции; повторное появление кисты яичка.

Для снижения риска развития вышеперечисленных последствий, следует соблюдать все врачебные назначения. В первые дни после операции показан полный покой и неподвижное состояние. На прооперированный орган накладывают поддерживающую повязку. Для избежания отеков пациенту показан отдых на спине, чтобы орган был в возвышенном состоянии.

Больному необходимо регулярно налаживать компрессы со льдом или холодной водой. Также противопоказано самостоятельно снимать повязку с раны, любые половые контакты, горячие ванны и физические нагрузки.

Ношение компрессионного белья/бандажа, для того чтобы яички заняли анатомически правильное положение. Отказ от любых физических нагрузок до полного рассасывания швов.

Прием медикаментов, назначенных врачом (антибиотики, противовоспалительные средства, обезболивающее).

Половые контакты и спорт после удаления кисты мошонки противопоказаны до полного восстановления пациента. Полный реабилитационный период занимает около 2-3 недель.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 40
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на вазэктомию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.21.012	***Вазэктомия***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: контрацепция, лишение человека способности к воспроизводству потомства.

- методы оказания медицинской помощи: Мне разъяснено, что вазэктомия представляет собой хирургический метод медицинской стерилизации мужчины, заключающийся в перевязывании семевыводящих потоков. В ходе вазэктомии пересекается только семявыносящий проток, по которому в норме сперматозоиды движутся из яичек к семенным пузырькам, остальные составляющие семенной жидкости продуцируются и выводятся наружу через уретру в неизмененном виде, поэтому ни внешний вид, ни количество эякулята не меняются, в нем лишь отсутствуют половые клетки.

Мне разъяснено, что согласно ч.1 ст.57 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 18 марта 2009 года N 121н.

Мне разъяснено, что вазэктомия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациента в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что операция вазэктомии требует предварительной подготовки: лабораторные исследования по назначению лечащего врача; функциональные, ультразвуковые и иные диагностические исследования по назначению лечащего врача.

Мне разъяснено, что в вазэктомия может проводится методом открытой вазэктомии или методом пункционной вазэктомии. При открытой вазэктомии доступ осуществляется с помощью разреза в паху. При пункционной вазэктомии доступ осуществляется при помощи проколов мошонки и введения микроинструментов.

Мне разъяснено, что вазэктомия проводится под общей анестезией.

Перед операцией проводится обследование, которое включает: АТ к ВИЧ, сифилису, геп. В и С, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостаз, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ, мазок на флору из уретры.

Мне разъяснено, что открытая вазэктомия осуществляется следующим образом.

Операция проводится в специально оборудованной операционной. Пациент размещается на операционном столе, проводится анестезия. Производится разрез в области паха без проникновения в

брюшную полость. Из семенного канатика выделяется семявыносящий проток, пересекается и перевязывается. Манипуляция проводится по очереди с обеих сторон. После перевязки протока кожа ушивается.

Мне разъяснено, что пункционная вазэктомия осуществляется следующим образом. Операция проводится в специально оборудованной операционной. Пациент размещается на операционном столе, проводится анестезия. Через проколы мошонки вводятся специальные инструменты, при помощи которых из семенного канатика выделяется семявыносящий проток, пересекается и перевязывается. На семевыводящий поток также может накладываться специальная титановая клипса, делающая просвет непроходимым для сперматозоидов. Манипуляция проводится по очереди с обеих сторон. После перевязки протока инструменты извлекаются.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к вазэктомии являются: половые инфекции, отек мошонки, повреждения кожи в зоне разрезов или проколов, пахово-мошоночная грыжа.

Мне разъяснено, что при проведении вазэктомии возможно возникновение нежелательных последствий и осложнений: боль в мошонке, отек, воспаление, дискомфорт, образование гематомы, нагноение послеоперационной раны.

Мне разъяснено, что в течение нескольких первых дней после операции может ощущаться дискомфорт, тяжесть в мошонке, чувство распирания, однако эти явления проходят самостоятельно и не требуют специального лечения. При ухудшении самочувствия, появлении выделений из области разреза или проколов, повышении температуры тела следует немедленно обратиться к лечащему врачу.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что вазэктомия проводится методом открытой вазэктомии/ методом пункционной вазэктомии.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом вазэктомии является лишение человека способности к воспроизводству потомства. Мне разъяснено, что стерильность после вазэктомии не наступает сразу: до 2-2,5 месяцев после операции сохраняется способность к оплодотворению, в связи с чем рекомендуется на срок до 3 месяцев использование барьерных средств контрацепции. По истечении трех месяцев рекомендуется пройти контрольное исследование спермы на предмет наличия в ней сперматозоидов, и только при полном их отсутствии эффект от операции считается достигнутым.

Мне разъяснено, что вернуть возможность к зачатию можно повторной операцией по восстановлению проходимости семявыносящих протоков, но эффективность восстанавливающей операции невысока, и редко удается достичь полного восстановления фертильности.

Мне разъяснено, что поскольку при вазэктомии перевязывается лишь семявыносящий проток, то каких-либо гормональных сдвигов в организме мужчины не происходит.

Выработка сперматозоидов немного сокращается, но яички продолжают в достаточном количестве синтезировать мужской гормон тестостерон, поэтому ни снижения полового влечения, ни внешних признаков кастрации не возникает.

Мне разъяснено, что после вазэктомии рекомендуется соблюдение режима, назначенного лечащим врачом.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 41
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование почек

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.28.001.01-А04.28.001.04	***Ультразвуковое исследование почек***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: диагностика заболевании мочевыделительной системы; уточнение диагноза после применения иных диагностических методов; онкологический поиск; профилактическое обследование УЗИ-контроль в ходе оперативных вмешательств; контроль эффективности оперативного или консервативного лечения.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование почки представляет собой инструментальный неинвазивный метод исследования состояния почки, основанный на применении звуковых волн высокой частоты и регистрация звуковых сигналов, отражающихся органами и тканями, с их последующей расшифровкой и описанием. Во время выполнения УЗИ почек одновременно обследуются мочеточники и надпочечники.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование почки может проводиться методом ультрасонографии или методом ультразвуковой допплерографии.

Ультрасонография представляет собой метод УЗИ-диагностики, выявляющий разнообразные изменения в тканях почек, воспалительные процессы, опухоли, кистозные образования, камни и другие патологии. Ультразвуковая допплерография представляет собой УЗИ сосудов почек, визуализирующее различные поражения почечных кровеносных сосудов: тромбозы, стенозы (сужения), травмы.

Мне разъяснено, что для получения наиболее точных и информативных результатов мочевой пузырь при исследовании должен быть наполнен, а кишечник - освобожден от каловых масс и газов.

Мне разъяснено, что перед ультразвуковым исследованием почки требуется предварительная подготовка:

1. В течение 3 суток до УЗИ почек необходимо соблюдать диету, ограничивающую продукты, которые повышают газообразование в кишечнике;
2. За 1-2 дня перед УЗИ почек можно принимать лекарственные средства, улучшающие перистальтику кишечника и устраняющие метеоризм;
3. Ужин накануне процедуры должен быть легким и ранним;
4. При проблемах с кишечником (упорные запоры, вздутие) перед УЗИ почек нужно сделать очистительную клизму или принять слабительное накануне вечером и утром, непосредственно, в день обследования;
5. За 1-2 часа до исследования необходимо наполнить мочевой пузырь, выпив 2 стакана негазированной воды, и не мочиться.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование почки проводится следующим образом. Перед процедурой пациенту необходимо обнажить низ живота, после чего его укладывают на кушетку на спину. Кожа

живота обрабатывается специальным гелем, необходимым для плотного соприкосновения датчика с кожей и исчезновения воздушных карманов, которые затрудняют передачу звуковых волн. Врач приступает к исследованию. Ультразвук, отражаясь от границ почки, преобразуется датчиком в электрические импульсы, которые обрабатываются специальной программой и выводятся на монитор компьютера в виде изображения.

Качество изображения зависит от угла наклона между ультразвуковой волной и границей органа, поэтому для получения наиболее информативной картины врач может попросить пациента, лежащего на спине, повернуться на бок, встать прямо или на четвереньки, сесть или наклониться. Сначала исследуют почки в продольном направлении (поясничная область), затем изучают поперечные и косые срезы, перемещая датчик на переднюю и боковые поверхности живота. При этом пациента просят поочередно повернуться на правый и левый бок. Такая техника позволяет определить локализацию (месторасположение) почек, их размеры и форму, оценить состояние паренхимы, почечных синусов, чашечек и лоханок. Для определения подвижности почек и улучшения визуализации органов при каждом изменении положения тела врач просит сделать вдох и на несколько секунд задержать дыхание, поскольку на вдохе почки опускаются из-под реберной дуги и просматриваются намного лучше. УЗИ сосудов почек выполняется в положении лежа на боку или сидя.

Продолжительность процедуры в среднем составляет 20 минут.

- **связанный с методами риск:** Мне разъяснено, что противопоказаниями к ультразвуковому исследованию почки являются: поражения кожи в нижней части живота (пиодермия, герпес, раны, ожоги, инфекционные поражения при сифилисе и ВИЧ).

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование почки проводится методом ультрасонографии/методом ультразвуковой допплерографии.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение ультразвукового исследования почки позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение.

Ультразвуковое исследование почки позволяет провести оценку месторасположения почек, их характер и величину, наличие образований на почках, изменений в структуре почек; выявить наличие конкрементов в почках и их размер; выяснить, расширены ли мочевывадящие пути. Результатом ультразвукового исследования почки является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____ _____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 42
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование сердца - эхокардиографии

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.10.002	***Ультразвуковое исследование сердца (эхокардиография)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: диагностика пороков развития сердца, заболеваний сердечной мышцы (миокарда), заболеваний клапанов сердца, сердечной сумки (перикарда), крупных сосудов (аорта и легочный ствол).

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что эхокардиография представляет собой метод ультразвукового исследования сердца, при котором применяются звуковые волны высокой частоты и осуществляется регистрация звуковых сигналов, отражающихся сердцем, с их последующей расшифровкой и описанием. В районе грудной клетки наносится гель и крепятся датчики, подключаемые к эхокардиографу. Ультразвуковые колебания от датчиков передаются в человеческое тело, акустические волны двигаются в тканях и видоизменяются, а затем возвращаются к датчику, где происходит их преобразование в электросигналы, которые обрабатываются эхокардиографом. Полученные результаты отображаются на экране эхокардиографа в виде изображения.

Мне разъяснено, что эхокардиография может осуществляться методом трансторакальной эхокардиографии. При трансторакальной эхокардиографии доступ к сердцу осуществляется через поверхность тела пациента, при этом не требуется предварительная подготовка, непосредственно перед процедурой требуется раздеться до пояса.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что эхокардиография является безопасной и безболезненной процедурой.

Мне разъяснено, что противопоказания к трансторакальной эхокардиографии отсутствуют.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что эхокардиография осуществляется методом трансторакальной эхокардиографии/методом трансэзофагеальной (чреспищеводной) эхокардиографии (ненужное зачеркнуть).

Мне разъяснено, что эхокардиография осуществляется с физической нагрузкой/с фармакологической нагрузкой/без нагрузки (ненужное зачеркнуть).

Мне разъяснено, что эхокардиография осуществляется в одной плоскости (одномерная эхокардиография)/в двух плоскостях (двухмерная эхокардиография)/в трех плоскостях (трехмерная эхокардиография) (ненужное зачеркнуть).

Мне разъяснено, что эхокардиография осуществляется с допплерографией/без допплерографии.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом эхокардиографии является получение эхокардиограммы, к которой прилагается заключение врача ультразвуковой диагностики с расшифровкой.

Мне разъяснено, что эхокардиография, как любое исследование, обладает определѐнными диагностическими пределами, а также возможной ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 43
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование органов малого таза

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.30.010.01 - А04.30.010.02	***Ультразвуковое исследование органов малого таза***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: С помощью аппарата ультразвука определятся состояние тканей: мочевого пузыря; матки, шейки матки, маточных труб, яичников.

С помощью ультразвука можно определить: положение органа в полости малого таза, размеры органов, исключить аномалии строения, структуру миометрия., толщину эндометрия, патологические образования в нем, наличие рубцовой ткани, состояние маточных труб и яичников, наличие плодного яйца.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что перед УЗИ органов малого таза необходимо проведение подготовительных мероприятий, благодаря которым улучшается качество визуализации. План подготовки включает индивидуальные рекомендации врача (отмену принимаемых лекарств, назначение слабительных препаратов, ветрогонных средств), а также общие правила:

Коррекция питания: за 2-3 дня до исследования следует отказаться от употребления продуктов, которые увеличивают содержание газов в кишечнике. Должны быть исключены напитки с газом, горох, фасоль, сдоба, капуста, яблоки, молоко.

Соблюдение питьевого режима: при трансабдоминальном УЗИ за 40-60 минут до начала диагностики нужно выпить 2 стакана воды без газа. Благодаря этому создается «акустическое окно» – наполненный водой мочевой пузырь лучше отражает УЗ-волны.

УЗИ органов малого таза у женщин выполняется при помощи трансабдоминального и трансвагинального датчика, позволяет визуализировать стенки и полость матки, шейку матки, влагалище, маточные трубы, придатки и мочевой пузырь. Допплерография отображает характер кровообращения и функциональность маточной и яичниковой артерий.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование органов малого таза является неинвазивной, безопасной и безболезненной процедурой.

Относительными противопоказаниями к ультразвуковому исследованию органов малого таза являются: гнойное поражение кожных покровов живота.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение ультразвукового исследования позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом ультразвукового исследования является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что все обнаруженные на УЗИ патологии требуют уточнения и наблюдения в динамике.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 44
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование тазобедренных суставов

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ _____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.04.001.001.01	***Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: УЗИ тазобедренных суставов проводится по показаниям, а также выполняется для исключения нарушения внутриутробного развития тазобедренных суставов. Диагностика позволяет получить важную информацию о состоянии: головки бедренной кости; гиалинового хряща; вертлужной впадины.

Рекомендовано проведение диагностики у детей до года однократно или в динамике при выявленных ранее нарушениях.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что специальная подготовка к УЗИ тазобедренных суставов не требуется. Диагностику можно проводить в любое время, любое количество раз.

Пациент укладывается на кушетку, предварительно освободив от одежды нижнюю часть тела (кроме нижнего белья). Врач наносит на кожные покровы специальный гель, после чего проводит УЗ-датчиком по области прохождения сустава, вдоль ноги и таза. УЗИ выполняется в нескольких проекциях: исследуются задняя, медиальная, передняя, латеральная части. Врач сканирует мышцы, нервы и сосуды, головку бедра, структуру сустава, подвздошные кости. В некоторых случаях он может попросить пациента повернуться на бок или развести нижние конечности. В целом процедура хорошо переносится и не доставляет никакого дискомфорта.
Занимает диагностика тазобедренного сустава около 20 минут.

- связанный с методами риск:

Противопоказаний к проведению УЗИ тазобедренных суставов нет – оно выполняется пациентам всех возрастов из-за отсутствия лучевой нагрузки и инвазивного вмешательства.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

В заключении указываются основные параметры сустава, объем внутрисуставной жидкости, состояние хрящей, костной ткани, новообразования, воспалительные процессы, измененность ткани.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 45
К Правилам предоставления платных
медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Я,(Ф.И.О.)_____

_____ года рождения, адрес проживания: _____

_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующие медицинские услуги:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.16.001	***Ультразвуковое исследование органов брюшной полости***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- ***цели оказания медицинской помощи:*** УЗИ брюшной полости диагностическая методика выявления различных заболеваний паренхиматозных органов брюшной полости. Исследование проводится с помощью ультразвукового сканирования в режиме реального времени. Благодаря процедуре удается получить информацию не только об анатомии исследуемых органов, но и об их физиологии.

Выполнить УЗИ брюшной полости рекомендуется при наличии следующих жалоб: боли в области живота, вздутие живота; горечь во рту; желтуха; повышенное газообразование; склонность к запорам, чувство тяжести и переполненности в животе; неприятный запах изо рта; пальпируемые изменения органов; травмы; рвота.

Среди других показаний к проведению УЗИ выделяют длительный прием лекарственных средств, злоупотребление алкоголем, подозрение на наличие опухолевых заболеваний. УЗИ брюшной полости также проводится для контроля за эффективностью проведенного лечения.

В ходе обследования оценивают размеры, контуры, расположение и структуру: желчного пузыря; печени; селезенки; поджелудочной железы.

Помимо этого, по результатам УЗИ брюшных органов определяется наличие или отсутствие забрюшинных лимфоузлов, жидкости и новообразований.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено что, с помощью ультразвуковой диагностики врач может выявить следующие состояния: изменение стенки и формы желчного пузыря, камни в желчном пузыре, изменения структуры, формы, размеров печени; оценить состояние желчевыводящих путей и сосудов печени, изменение структуры, размеров, формы селезенки, оценить состояние сосудов селезенки, новообразования органов; лимфаденопатию; посттравматические нарушения.

Для того чтобы получить наиболее точные результаты УЗИ, необходимо устранить возможные причины, приводящие к искажению картины. Среди них выделяют: употребление алкоголя, крепкого кофе, энергетических напитков, которые способствуют спазмированию мышц; прием спазмолитиков; наличие газов в кишечнике; недавно проведенное эндоскопическое обследование; остаточное контрастное вещество в организме.

Подготовка к УЗИ органов брюшной полости начинается за 3-4 дня до исследования. Рекомендации о том, как подготовиться к обследованию, включают в себя следующие меры: соблюдение диеты, направленной на снижение газообразования. Запрещенными продуктами перед проведением процедуры являются: молоко и любая молочная продукция, капуста, редис, редька, алкоголь, бобовые, газированные напитки, макароны и мучные изделия, свежие яблоки, груши, виноград, сладкие десерты, жевательная резинка, кофе и

кофесодержащие продукты. УЗИ брюшных органов выполняется натощак, поэтому последний прием пищи и жидкости должен быть за 4-5 часов до обследования.

При предшествующей рентгенографии с введением контраста УЗИ следует проводить через 3 дня.

Заранее сообщить врачу о приеме препаратов и согласовать их отмену при необходимости.

При наличии повышенного газообразования, вздутия живота допускается прием лекарственных средств: т. Эспумизан по 1 т. 3 раза в день.

Для нормализации пищеварения разрешается прием ферментных препаратов. Накануне процедуры допускается прием адсорбента.

Суть метода заключается в направлении ультразвуковых колебаний к различным тканям, которые характеризуются разной степенью отражающей и поглотительной способности. Специальный датчик улавливает отраженные лучи. Благодаря этому удается получить визуально изображение исследуемой области на экране монитора.

Во время исследования пациент располагается на удобной кушетке. На кожу живота наносится специальный гель. Сканирование выполняется с помощью линейного датчика. Врач видит изображение внутренних структур в режиме реального времени. Процедура обследования абсолютно безболезненна и комфортна. Средняя продолжительность исследования до 20 минут. В некоторых случаях время проведения может быть увеличено по усмотрению врача-диагноста. При необходимости специалист может попросить пациента изменить положение тела или задержать дыхание на несколько секунд.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование является неинвазивной, безопасной и безболезненной процедурой.

Абсолютные противопоказания к ультразвуковому исследованию органов малого таза отсутствуют. Относительными противопоказаниями к проведению УЗИ органов брюшной полости являются: гнойничковые высыпания кожи в области исследования, инфекционные заболевания в период обострения, острые нарушения мозгового кровообращения, нарушения целостности кожи в месте, куда нужно наносить специальный гель для проведения УЗИ, высокая температура тела, большая раневая поверхность в области живота

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Результаты обследования выдают на руки через 5-10 минут после его завершения.

В заключении отражаются следующие параметры: размер, форма, структура брюшных органов (печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы), наличие или отсутствие жидкости в брюшной полости. наличие или отсутствие камней в желчном пузыре, состояние сосудов и выводных желчных протоков.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) (подпись Пациента)

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись врача)

Приложение № 46
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование щитовидной железы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.22.001	***Ультразвуковое исследование щитовидной железыи паращитовидных желез***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: УЗ-сканирование позволяет оценить расположение, форму, контуры, структуру, размеры щитовидной и паращитовидных желез, имеющуюся внутриорганную патологию и ее характер (диффузный, очаговый, количество образований и их характеристики), аномалии, воспаления, взаимное соотношение железы с другими структурами шеи и пр. УЗИ щитовидной железы показано при подозрении на любую тиреоидную патологию, а также для динамического контроля в ходе консервативного лечения и диспансерного наблюдения, после лучевого или оперативного вмешательства.

Мне разъяснено, что проведение УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез назначается эндокринологом в случае выявления при осмотре и пальпации каких-либо образований в железе. УЗИ щитовидной железы необходимо при наличии жалоб пациента на ощущение «комка в горле» и затрудненное глотание, беспричинный кашель, повышенную нервозность и возбудимость, нарушение сна, учащенное сердцебиение и тремор рук, отеки, потерю веса, длительный субфебрилитет. УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез обосновано при изменении нормального уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови.

Профилактическое УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез показано лицам, связанным с профессиональными вредностями, проживающим в йододефицитных регионах, имеющим неблагополучную наследственность, длительно получающим гормональные препараты, людям после 40 лет. УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез рекомендуется выполнить женщинам, планирующим беременность, для исключения тиреоидных заболеваний (например, гипотиреоза), негативно влияющих на вынашивание и развитие плода. Посредством УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез может осуществляться контроль результативности лечения и своевременное выявление угрозы рецидива уже пролеченного заболевания. Пациентам, подлежащим диспансерному наблюдению эндокринолога, показано повторение УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез 1 -2 раза в год.

- методы оказания медицинской помощи:

В процессе проведения исследования пациент лежит на кушетке с слегка откинутой назад головой. На полностью оголенную область шеи наносится прозрачный гель, сканирование проводится ультразвуковым датчиком при минимальном давлении на кожу. В ходе исследования щитовидной железы специалист определяет расположение, форму и очертания органа, проводит измерение тиреоидного объема, размеров перешейка и долей железы, оценивает эхогенность (плотность) и эхоструктуру (однородность) тиреоидной ткани, ее кровоснабжение, а также наличие и степень отклонений от нормы.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

При выявлении патологии УЗИ щитовидной железы позволяет установить ее характер (очаговый, диффузный), количество, характер и размер образований, наличие или отсутствие у них кровотока, прорастание в окружающие ткани. При подозрении на наличие опухолевых процессов во время УЗИ щитовидной железы также изучается состояние шейных лимфоузлов.

В ходе проведения процедуры выявляются следующие заболевания органа: тиреоидит, аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб, коллоидные образования, узловые образования.

УЗИ щитовидной железы не требует никакой подготовки.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что абсолютных противопоказаний к проведению УЗИ щитовидной железы нет, так как данная манипуляция безопасна и не предполагает введения каких-либо инструментов в ткани тела человека. Единственным относительным противопоказанием является аллергическая реакция на гель, который наносится на кожу для получения лучшего изображения органа на мониторе

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 47

К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на нейросонографию

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____,
являющаяся (щейся) законным представителем несовершеннолетнего ребенка: _____
_____.

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.23.001	***Нейросонография***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: Нейросонография (НСГ) – это метод ультразвукового секторального сканирования головного мозга ребенка через большой родничок (в том числе у новорожденных детей).

НСГ головного мозга новорожденных позволяет изучить его структуры (вещество, желудочки, цистерны, прозрачную перегородку и ее полость, борозды, извилины), ликворопроводящие пути, сосудистую систему и качество кровоснабжения.

Мне разъяснено, что показаниями для проведения процедуры НСГ являются: профилактический скрининговый осмотр; малыш родился ранее 36 недели; при рождении весил меньше 2,8 кг; оценка по Апгар составила 7/7 и ниже (особенно, если второй показатель 7 и меньше, наличие патологий ЦНС или подозрения на них; имеются явные внешние пороки (дефекты формы и размера ушей, меньшее или большее количество пальцев и др.); родничок выступает выше уровня черепа (набухает); имеется грыжа головного мозга; если при рождении ребенок не кричал или закричал не сразу; после рождения малыш находился в отделении интенсивной терапии; имеются родовые травмы; судороги; тяжелые роды; длительный безводный промежуток; врачи имеют подозрения на внутриутробное инфицирование плода; произошло внутриматочное инфицирование от роженицы к ребенку; резус-конфликт; во время беременности на УЗИ были замечены отклонения или патологии в мозгу и др.

- методы оказания медицинской помощи:

Исследование проводят через родничок (мягкий участок черепа, который еще не зарос костью). Ребенка кладут на кушетку, взрослый придерживает его головку (иногда родитель держит ребенка на руках). На большой родничок наносится специальный гель, и доктор начинает обследование. Во время процедуры врач передвигает датчик в височную или затылочную область для полного изучения всех мозговых структур и процессов.

Нейросонография полностью безболезненна и не способна принести вред детскому здоровью. Весь процесс занимает 10-15 минут.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

С помощью процедуры возможно выявить следующие патологические состояния: гипоксическое поражение центральной нервной системы, травматическое поражение ЦНС, травмы, перивентрикулярный отек, повышение периферического сопротивления сосудов, спазм сосудов, перивентрикулярная лейкомаляция, перивентрикулярное кровоизлияние, киста (диаметр 1, 2, 3 и более см), псевдокиста, аномалии сосудов, гидроцефалия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гипертензионный синдром, инфекционные

поражения головного мозга (инфекции), врожденные пороки развития головного мозга, расширение желудочков мозга, субэпендимальные кисты, кисты сосудистых сплетений головного мозга, расширение субарахноидального пространства, расширение наружных ликворных пространств, кровоизлияния в вещество головного мозга, кровоизлияние в желудочки (внутрижелудочковые кровоизлияния, ВЖК 1, 2, 3, 4 степени), ишемия головного мозга.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что нейросонография не оказывает вредного влияния на ребенка, на головной мозг новорожденного. Вред отсутствует, это безопасный метод, который не имеет побочного действия и противопоказаний, отсутствует лучевая нагрузка.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 48
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование сосудов

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.12.002.002.001 **A04.12.002.002** **A04.12.001.001** **A04.28.002.001** **A04.12.005.003** **A04.12.003.001** **A04.12.001.001.001**	***Ультразвуковое исследование сосудов***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: благодаря ультразвуковой диагностике сосудов возможно обследование артериальной и венозной систем человеческого организма, оценка состояние стенок сосудов, извилистость, скорость кровоснабжения и иные параметров.

Ультразвуковая волна отражается от различных структур организма по-разному, в связи с чем можно определить плотность и однородность изучаемой системы или органа. При допплерометрии могут анализируется кровоток, его скорость и направление, а также оценивается кровоснабжение тканей.

Мне разъяснено, что показаниями к УЗИ сосудов являются: варикозное расширение вен; атеросклероз; аневризма стенок сосудов; тромбозы, тромбоэмболия; нарушение нормальной свертываемости крови; сосудистая недостаточность головного мозга (признаки: головокружения, обмороки, головные боли, проблемы с памятью); синюшность, покраснения кожных покровов, нарушение чувствительности, отеки; гипертония.

Видами ультразвукового исследования сосудов являются:

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) является наиболее распространенным методом, который показывает на экране двухмерное изображение кровотока.

УЗДГ не дает информации о стенках сосудов, а только лишь указывает на наличие и особенности кровотока. Проведение диагностики обычно назначается при уже известном диагнозе, когда необходимо оценить влияет ли проблема на кровоток.

Дуплексное сканирование (УЗДС) распространено при обследовании артерий и вен конечностей, сосудов почек, головы и шеи. Является более усовершенствованной методикой, поскольку позволяет увидеть строение стенки сосудов, ход артерий, вен, а также кровоток.

Триплексное сканирование демонстрирует сосуд в трех разрезах, показывает направление кровотока, окрашивая его в красные (от УЗ-датчика) и синие цвета (к УЗ-датчику).

Методика триплексного и дуплексного сканирования помогает с высокой точностью выявить заболевания на ранних стадиях и начать своевременное лечение.

- методы оказания медицинской помощи:

При проведении УЗИ сосудов обследуется сосудистое русло в пределах определённой области тела человека. Это могут быть сосуды головы и шеи, верхних и нижних конечностей, брюшной полости и забрюшинного пространства.

УЗИ сосудов головы и шеи, верхних и нижних конечностей проводится без всякой подготовки, перед этими исследованиями можно без ограничений есть и пить воду.

Натощак проводится УЗИ сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства (УЗДС аорты и её висцеральных ветвей, УЗДС сосудов почек, УЗДС нижней полой вены и её притоков, воротной вены) – запрещён приём пищи и воды в течение 6-8 часов до исследования. За три дня до процедуры желательно соблюдать бесшлаковую диету (ограничение свежих овощей, фруктов, молока, бобовых, сладкого, мучного) и принимать средства для подавления повышенного газообразования в кишечнике.

Процедура ультразвукового дуплексного сканирования сосудов выполняется преимущественно в положении пациента лежа на кушетке; исключение составляет УЗДС вен нижних конечностей, когда пациента могут попросить встать. Исследуемую область необходимо заранее освободить от одежды и украшений. Сканирование сосудов производится по контактному гелю. Сосуды исследуются в стандартных точках - местах их наиболее поверхностного расположения. Полученные сигналы преобразуются и выводятся на монитор, где происходит построение графика, создание двухмерного изображения исследуемого сосуда, цветное картирование, расчет значений. Как и при УЗДГ, во время процедуры могут применяться различные функциональные пробы. Общая длительность процедуры дуплексного сканирования - 30–40 минут.

Во время ультразвукового дуплексного сканирования получают количественные показатели (пиковая систолическая скорость кровотока, конечная диастолическая скорость кровотока, средняя максимальная скорость кровотока, средняя скорость кровотока), на основании которых вычисляется ряд индексов (индекс резистентности, пульсационный индекс, систоло-диастолическое соотношение и др.). Важными характеристиками анатомического состояния сосудов являются качественные показатели - диаметр артерий и вен, их форма, площадь поперечного сечения, толщина сосудистой стенки, состояние эндотелия и др. Благодаря дуплексному режиму удается получить информацию о характере нарушений кровотока и структурных изменениях сосудов.

- связанный с методами риск:

Ультразвуковая диагностика сосудистых систем не имеет каких-либо строгих ограничений.

К относительным противопоказаниям относятся: факторы, затрудняющие осмотр, например, тяжелое состояние пациента; кожные повреждения в исследуемой области, например, нарушения кожных покровов, ожоги, высыпания; недавнее эндоскопическое исследование пищеварительной системы при необходимости сделать УЗИ сосудов брюшной полости или малого таза.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 49
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на лабиопластику

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.20.098.01-A16.20.098.03	***Лабиопластика***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Лабиопластика — это изменение размеров малых и больших половых губ посредством проведения оперативного вмешательства.

Лабиопластика выполняется с целью коррекции формы и размеров малых половых губ, исправления врождённых или приобретённых дефектов.

К медицинским показаниям проведения процедуры относятся: асимметрия половых губ; врождённые или приобретённые деформации половых губ; дискомфорт при ношении нижнего белья и занятиях спортом; боли и дискомфорт во время полового акта; психологические комплексы.

По эстетическим показаниями операцию выполняют при асимметрии, элонгации и деформации малых половых губ, а так же при желании женщины исправить их форму и размеры.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры проводится: гинекологический осмотр; мазки на флору; общий анализ крови; АТ к сифилису, ВИЧ, гепатитам В и С; биохимическия анализ крови, гемостаз, ЭКГ, ФЛГ.

Пластика проводится в период между менструациями.

- методы оказания медицинской помощи:

Пациентка размещается на гинекологическом кресле; процедура проаодится под внутривенным наркозом. Производится асептическая обработка операционного поля – дезинфицируется гениталии и внутренняя поверхность бедер, хирург делает фото, чтобы сравнить результаты после процедуры; хирург наносит точную разметку для разрезов; затем делает разрезы, не затрагивая эрогенные зоны. Для уменьшения длины и коррекции складчатости половых губ производится клиновидный разрез. Для уменьшения ширины и сохранения естественности достаточно линейного разреза по краям половых губ; резецирует излишки тканей, накладывает швы. При коррекции малых половых губ используется только саморассасывающийся шовный материал. На больших половых губ накладываются нерассасывающиеся нити. Длительность хирургического вмешательства – 30–60 минут.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: возраст (до 18 лет); беременность; злокачественные новообразования (любой локализации); серьезные отклонения со стороны эндокринной системы; болезни крови (нарушения свертываемости); аутоиммунные заболевания;

воспалительные заболевания половых органов; заболевания любых органов в стадии декомпенсации; венерические болезни.

Мне разъяснено, что в период восстановления после процедуры рекомендовано: не садится на промежность непосредственно после проведения процедуры, а также в течение _____ дней Воздерживаться от сексуальной близости – 15-20 дней, Не носить обтягивающее и синтетическое нижнее белье. Обрабатывать промежность антисептиками, следить за личной гигиеной. Не заниматься спортом, воздержаться от физических нагрузок. Исключить из графика солярий, сауну, горячую ванну, бассейн.

Средняя продолжительность восстановительного периода – 3–4 недели

Мне разъяснено, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что по заказанным мной манипуляциям существует риск не достижения или неполного достижения желаемого результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

Мне разъяснено, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья.

Мне разъяснено, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий. Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с заказанными мной процедурами: послеоперационная инфекция; послеоперационное кровотечение; деформация мягких тканей; неврологические нарушения; неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, что может быть связано с особенностью моего организма; временная отечность, образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, асимметрий; онемение (снижение или потеря чувствительности) или, наоборот, болезненность отдельных зон, в течение неопределенного времени; скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования; уплотнение мягких тканей, которое может сохраняться до трех месяцев; расхождение послеоперационных швов, снижение эластичности кожи изменение цвета кожи временное или постоянное нарушение чувствительности; неудовлетворительные эстетические результаты;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 50

К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на диатермоэлектроэксцизию.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А16.20.097	***Диатермоэлектроэксцизия***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**:

Диатермоэлектроэксцизия - гинекологическая операция, при которой выполняется срез патологического участка, расположенного в цервикальном канале.

Основанием для назначения процедуры являются: дисплазия I-III степени; рубцовая деформация шейки матки; папилломы и кондиломы шейки матки, лейкоплакия шейки матки, эрозированный эктропион.

Диатермоэлектроэксцизия относится к малоинвазивным вмешательствам. В перечень обязательных диагностических манипуляций входят: мазок на флору и на цитологию; кольпоскопия; гистологическое исследование после биопсии шейки матки, биохимия крови, гемостаз, обследование на ИППП, включая ВПЧ; общий анализ крови, общий анализ мочи, ФЛГ, ЭКГ, АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам В и С.

Целью вмешательства является удаление патологических тканей и предотвращение из злокачественного перерождения.

- методы оказания медицинской помощи:

Операцию проводят на гинекологическом кресле. На бедро пациентки приклеивают пластинку пассивного электрода. После осмотра шейки в зеркалах врач подбирает размер электрода «паруса» для электроконизации шейки матки и приступает к основному этапу операции.

Шейку фиксируют пулевыми щипцами. Аппарат для диатермокоагуляции настраивают на режим резки, активный электрод в виде паруса вводят внутрь цервикального канала. Шейку рассекают по ходу электрода. Затем гинеколог единым движением вращает электрод вокруг оси на 360 градусов. Вырезанный участок патологически измененной ткани удаляют, операционное поле по всей поверхности прижигают шаровидным электродом. В местах кровотечения производят глубокую коагуляцию сосудов. После прижигания внутренней поверхности вновь сформированного канала шейки матки рану обрабатывают 5% раствором перманганата калия. Пулевые щипцы снимают, зеркала извлекают. Общая продолжительность электроконизации шейки матки составляет 20-30 минут. Процедура проводится под общим или местным обезболиванием.

- связанный с методами риск:

В число общих противопоказаний входят острые инфекции, тяжелая сердечно-сосудистая патология и шоковое состояние, беременность, гнойно-воспалительные процессы. Кроме того, операцию не выполняют при распространенных злокачественных опухолях репродуктивной системы.

Мне разъяснено, что после завершения процедуры для ускорения формирования струпа рекомендуется обработка шейки 5% раствором перманганата калия каждые 3-5 дней. Отторжение струпа происходит на 7-10 день. Необходимо соблюдать определенные ограничения: половой, физический покой 14-21 день, исключить

купание в бассейнах и открытых водоемах, прогревание в сауне и ванне, посещение солярия. При нарушении правил гигиены возможно развитие осложнений.

Ранние осложнения после электроконизации шейки матки наблюдаются в течение одного месяца после манипуляции. Кровотечение может открыться сразу после операции либо на 5-7 день во время отхождения струпа. При появлении кровянистых выделений необходим гинеколога для решения вопроса о тактике лечения.

К поздним осложнениям после электроконизации шейки матки относится эндометриоз, стеноз и атрезия цервикального канала, цервицит, эндометрит.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 51
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Главному врачу ООО «ЦРТ-МЕД»
От гражданина (ки)
_____

Проживающего (щей) по адресу:

мобильный телефон +7_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить выдать мне выписку/копию моей амбулаторной карты № Б2111
Для предъявления в
_____
_____
_____.

Мне разъяснено, что срок предоставления копии / выписки из амбулаторной карты составляет **1 месяц, с момента подачи настоящего заявления.**

Дата: _____
Подпись_____

Время (часы, минут, дата) _____
Личная подпись пациента_____

Приложение №52
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022года

Генеральному директору ООО «ЦРТ-МЕД»
Шишкиной О.И. от гражданина (ки)
_____
(ФИО, дата рождения)
ИНН налогоплательщика _____
зарегистрированной (ой) по адресу:
_____
_____
Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку для оформления социального налогового вычета за медицинские услуги, оказанные в ООО «ЦРТ-МЕД»,

Мне _____

Моему (ей) супругу (е) _____

Дочери (сыну) _____

Иное _____.

Прилагаю следующие документы:

1. Паспорт (копия) паспорт супруга (копия) _____ (шт);
2. ИНН (копия) _____ (шт);

Подпись _____

Дата _____

Фамилия администратора, принявшего заявление_____

Приложение № 53
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Объем Диспансерной программы по наблюдению за беременными согласно приказам Министерства здравоохранения РФ № 1130-н от 20.10.2020 года

Диспансерная программа включает в себя комплекс мероприятий в следующем объеме:
I. Консультация специалистов
II. Лабораторные исследования
III. Ультразвуковая диагностика
IV. Организация консилиумов
V. Оценка временной нетрудоспособности и выдача больничных листов
VI. Амбулаторное лечение беременных на базе ООО «ЦРТ-МЕД»

I. Консультация специалистов
1. Консультации акушера-гинеколога
- в 1 триместре беременности (до 12 недель беременности) 1 раз в 3 недели;
- во 2 триместре беременности (до 30 недель) 1 раз в 3 недели;
- в 3 триместре беременности (с 30 по 36 неделю) 1 раз в 2 недели, с 36 недели беременности — 1 раз в 7-10 дней.

При отклонении от нормального течения беременности явки к акушеру-гинекологу назначаются по необходимости.
2. Консультации врачей других специальностей, в том числе:
- терапевта при первичном обращении с записью ЭКГ и в 30 недель беременности; в другие сроки по показаниям;
- окулиста при первичном обращении в течении 14 дней;
- стоматолога при первичном обращении в течение 14 дней;
- консультации врачей других узких специальностей (эндокринолога, невролога, дерматовенеролога, инфекциониста, уролога, генетика) назначаются по показаниям, определенным акушером-гинекологом или терапевтом.

II. Лабораторные исследования проводятся в следующем объеме:
1. микроскопическое отделяемое женских половых органов (при первичном обращении, в 35-36 недель, в другие сроки по показаниям);
2. Мазок на онкоцитологию (при первичном обращении, по показаниям);
3. бак.посев из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам (при первичном обращении, в 35-36 недель, в другие сроки по показаниям);
4. бак.посев на трихомониаз, ПЦР соскоб из цервикального канала на специфические инфекции однократно при первичном обращении (микоплазмоз, уреаплазмоз, хламидиоз) не более 2 раз; цитомегаловирус, вирус простого герпеса, в дальнейшем по показаниям;
5. общий анализ крови 1 раз в триместр (трижды за беременность);
6. гемостазиограмма (при первичном обращении, в 30 недель, по показаниям);
7. биохимические анализы крови (при первичном обращении, в 30 недель беременности, в другие сроки по показаниям);
8. контроль в 20 недель беременности ферритина и гликированного гемоглобина;
9. анализ крови на определение группы и резус — фактор крови однократно при первичном обращении;
10. анализ крови на наличие АТ к Rh-фактору (при отсутствии Rh- фактора крови) при

первичном обращении и в 27-28 недель;
11. анализ крови на АТ к сифилису, ВИЧ трижды при первичном обращении, в 30 недель, в 36 недель;
12. анализ крови на антитела к гепатитам В и С дважды: при первичном обращении и в 30 недель;
13. генетический ранний (при сроке беременности 11 — 14 недель) биохимический скрининг: анализ крови на PAPP-A, в-ХГЧ;
14. анализ крови на torch-комплекс (токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ, герпес); ЦМВ IgM/G+ авидность при первичном обращении;
15. анализ крови на torch-комплекс (токсоплазмоз, ЦМВ, герпес) IgM в 20 недель;
14. гормоны крови ТТГ, Т4св при первичном обращении, в дальнейшем по показаниям;
16. общий анализ мочи дважды в каждом триместе и по показаниям;
16. ЭКГ;
17. бак.посев мочи при первичном обращении (скрининг пиелонефрита) и по показаниям;
18. анализ крови на мутации в системе гемостаза по показаниям.

III. Ультразвуковые исследования
1. УЗИ плода проводятся при первичном обращении; в 12-14 недель; в 18-20 недели; 32-34 недели; и в другие сроки по показаниям; цервикометрия в 15-16 недель, в дальнейшем по показаниям; допплерометрия в 25-26 недель и в 32-34 недели, в другие сроки по показаниям, фетометрия в 36-37 недель.
2. УЗИ внутренних органов брюшной полости, щитовидной железы, УЗИ молочных желез по показаниям.
3. Эхокардиография плода в 25-26 недель.
4. Кардиотокография плода в III триместре с 34 недель каждые 10-14 дней и по показаниям.

IV. Организация консилиума (по решению акушера-гинеколога)

V. Выдача листов временной нетрудоспособности

VI. Определение показаний к экстренной госпитализации беременных (отслойка плаценты, угрожающий выкидыш или угрожающие преждевременные роды, подтекание околоплодных вод, кровотечение неуточненного генеза).

VII. Лечение беременных на базе ООО «ЦРТ-МЕД»
1. санация половых путей
2. внутримышечные, внутривенные, подкожные инъекции

В Диспансерную программу не входит стоимость медикаментов.

Исполнитель: Пациентка:

Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»

_____ / _____ _____ / _____
(ФИО Пациентки)/ ПОДПИСЬ

Приложение № 54
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на общую анестезию (общий наркоз)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
B01.003.004.01-B01.003.004.02	***Общая анестезия (наркоз)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: устранение реакции на болевые раздражители, угнетение сознания для проведения оперативного вмешательства без опасных последствий для организма.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) представляет собой состояние, вызываемое с помощью фармакологических средств и характеризующееся потерей сознания, подавлением рефлекторных функций и реакций на внешние раздражители, что позволяет выполнять оперативные вмешательства без опасных последствий для организма и с полной амнезией периода операции. Для проведения общей анестезии пациент ложится на операционный стол, позволяет медицинскому персоналу произвести необходимые приготовления - отрегулировать положение тела пациента, установить венозный катетер и т.д. Анестезия проводится в несколько стадий. 1 стадия – стадия анальгезии. Характеризуется спутанностью сознания, ослаблением болевой чувствительности, тактильная чувствительность сохранена. Зрачки несколько расширены, живо реагируют на свет, гиперемия лица, тонус мышц сохранен. Продолжительность этой стадии 3-8 минут. В эту стадию можно выполнять лишь кратковременные и небольшие хирургические манипуляции. 2 стадия – стадия возбуждения. Характеризуется полной потерей сознания, выраженным двигательным возбуждением, повышением мышечного тонуса, тризмом жевательной мускулатуры. Зрачки расширены, но реагируют на свет, отмечается слезотечение, гиперсаливация. АД повышено, тахикардия, тахипноэ. Кашлевой, глоточный и рвотный рефлексы повышены. В эту стадию оперировать нельзя. 3 стадия – хирургическая. Признаки возбуждения угасают, больной успокаивается, дыхание ровное, глубокое. Нормализуется пульс и АД. Исчезают все виды чувствительности, мышцы расслаблены, рефлексы снижены. В эту стадию проводят большинство хирургических вмешательств. 4 стадия. Дальнейшее углубление наркоза (агональная стадия) или выход из наркоза (стадия пробуждения).

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинской организации, в специально оборудованном помещении, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям, под наблюдением медицинских работников.

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) оказывается с применением медицинских изделий: стол для врача анестезиолога-реаниматолога, аппарат наркозно-дыхательный, монитор операционный, многофункциональный хирургический стол, дефибриллятор, стетофонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, аспиратор хирургический, ларингоскоп, инфузионный насос, набор хирургических инструментов, набор трахеостомических трубок, набор для реанимации, аппарат для электрохирургии, мешок Амбу, набор для катетеризации центральных вен, смеситель воздушно-газовой смеси, пульсоксиметр, аппарат для искусственной вентиляции легких.

Мне разъяснено, что качественное выполнение общей анестезии (общего наркоза) требует предварительной подготовки: для оценки общего состояния пациента, выявления особенностей анамнеза, связанных с анестезией, оценки клинических и лабораторных данных, определения степени риска операции и наркоза (выбор метода анестезии), больной осматривается врачом анестезиологом-реаниматолом. У пациента выясняются жалобы, собирается анамнез заболеваний, получается информация, имеющая значение в связи с предстоящей операцией и общей анестезией: наличие повышенной кровоточивости, аллергических реакций, зубные протезы, ранее перенесенные операции, наличие беременности и т.д. Вечером перед операцией пациент может получать снотворное и седативные средства. Непосредственно перед операцией, с целью снижения частоты осложнений проводится премедикация - введение медикаментозных средств для снижения эмоционального возбуждения, нейровегетативной стабилизации, создания оптимальных условий для действия анестетиков, профилактики аллергических реакций на средства, используемые при анестезии.

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) может осуществляться внутривенным методом.

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) внутривенным методом осуществляется следующим образом: средства для анестезии вводятся пациенту внутривенно через катетер. Рука пациента фиксируется во избежание произвольных движений во время действия анестезии и возвращения в сознание и получения травм пациентом.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) имеет следующие противопоказания: считается, что абсолютных противопоказаний нет, к относительным противопоказаниям относят индивидуальные особенности пациента, аллергические реакции на анестезию, нарушения функции дыхания, нарушения сердечной деятельности, острые неврологические заболевания, острые психиатрические заболевания, острый инфаркт миокарда, от начала развития которого прошло менее одного (а лучше шести) месяцев, нестабильная стенокардия или стабильная стенокардия напряжения тяжелой степени тяжести (ФК 4), диастолическое ("нижнее") артериальное давление выше 110 mm Hg, некомпенсированная сердечная недостаточность (нарастание отеков на ногах, усиление одышки, слабости), данные УЗИ сердца: фракция выброса (ФВ) менее 40%, тяжелый стеноз аортального или митрального клапанов, тяжелое (некомпенсированное) нарушение ритма сердца: замедление сердечной деятельности (блокада 2-3 степени), не леченные приступы тахикардии с частотой более 140 в минуту, мерцательная аритмия с частотой более 100 в минуту, обострение бронхиальной астмы, острый или обострение хронического бронхита, пневмония, острая инфекция дыхательных путей, сопровождающаяся кашлем и (или) температурой, явное наркотическое или алкогольное опьянение.

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) может повлечь возникновение нежелательны осложнений: респираторные осложнения (апноэ - остановка дыхания, бронхиолоспазм, ларингоспазм, неадекватное восстановление самостоятельного дыхания, рекураризация), сердечно-сосудистые осложнения (аритмии, брадикардию, остановку сердца), неврологические осложнениям (дрожь при пробуждении, гипертермия, судороги, мышечные боли, регургитация, рвота), летальный исход. При спонтанной и искусственной вентиляции легких возможна аспирация или нагнетание жидкости в трахею в результате регургитации содержимого желудочно-кишечного тракта при кишечной непроходимости, обильном желудочно-кишечном кровотечении.

Также могут быть травмы горла и кашель после введения дыхательной трубки; аспирация, резкое падение уровня артериального давления у пациента, что влечет гипоксию или кислородное голодание, боли в голове и спине, отравление токсическими анестетиками при попадании их большого количества в системный кровоток. Рвота часто развивается при проведении неадекватной премедикации, тяжелой интубации трахеи у неадекватно анестезированного больного. Имеется категория больных, у которых рвота наступает без каких-либо видимых причин.

Я предупрежден(а), что сокрытие от медицинского работника наличия противопоказаний к вмешательству может повлечь возникновение неблагоприятных последствий и осложнений от вмешательства, а также снизить его эффективность.

- возможные варианты медицинских вмешательств:

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) производится внутривенным методом:

Мне разъяснено, что общая анестезия (общий наркоз) оказывается с применением следующих медицинских препарат: _____.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом общей анестезии (общего наркоза) является устранение реакции на болевые раздражители, угнетение сознания для проведения оперативного вмешательства без опасных последствий для организма.

Мне разъяснено, что после оказания общей анестезии (общего наркоза) пациенту рекомендовано: воздержаться от вождения автомобиля, работы со сложным техническим оборудованием, которое может представлять угрозу жизни и здоровью при неправильной эксплуатации в течение минимум 24 часов, подписания важных документов и принятия важных решений, поскольку есть риск нарушения не только физической активности, но и изменения умственного состояния, не принимать лекарств без назначения врача, исключить прием алкоголя, наркотических, психотропных средств и веществ, принимать пищу и еду по назначению врача (обычно - не ранее 1 часа после операции). Пациенту надлежит неукоснительно соблюдать

рекомендации медицинского работника и сообщать о любых изменениях в своем состоянии.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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).

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 55
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-инфекцию

Я, _____ **г.** рождения, проживающий (ая) по адресу (место регистрации):_____ , паспорт_____ , выдан _____ , г., настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу).

  В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

  - Доказательством наличия ВИЧ-инфекция является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица.

  Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно», обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

- **ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:**

  - Парентеральный чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей
  - При сексуальных контактах без презерватива
  - От инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании

Подпись обследуемого на ВИЧ _____ Дата _____г.

Приложение № 56
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
В редакции № 2 от 01 февраля 2022 года

УВЕДОМЛЕНИЕ
(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин (ка) _____
(фамилия, имя, отчество)
настоящим уведомлен (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «ЦРТ-МЕД», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подтверждаю, что уведомлен (а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Заказчика» («Пациента») _____

С момента подписания настоящего Договора, стороны признают утратившими юридическую силу все ранее заключенные с ООО «ЦРТ-МЕД» договоры.

К правоотношениям сторон, подлежат применению правила установленные настоящим Договором.

Подпись «Заказчика» («Пациента») _____

ДОГОВОР
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Новосибирск **Дата** **г.**

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД», (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85. Номенклатура работ и услуг: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: операционному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), генетике, дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, онкологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности,
именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Шишкиной Ольги Игоревны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

гражданин (ка)_____,
именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, при совместном упоминании **«Стороны»**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

потребителем услуг **(«Пациентом»**) по настоящему Договору является:

_____-
(фамилия, имя, отчество)

Терминология, используемая в Договоре:

«Исполнитель» медицинская организация: **«ЦРТ-МЕД»**, (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на

осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005429 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85

«Заказчик» - юридическое лицо или физическое лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента, указанное в преамбуле настоящего Договора.

«Пациент» - физическое лицо, получающее платные Медицинские услуги Исполнителя в порядке, установленном Договором и действующим законодательством РФ.

«Лечащий врач» или «Врач» - врач, медицинский работник Исполнителя, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Пациенту Медицинских услуг.

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги надлежащего качества, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент (Заказчик) обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре;

1.2. Медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента (Заказчика), по его личной инициативе и с его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, на основании его права на получение медицинской услуги за счет личных денежных средств. Пациент (Заказчик) уведомлен о том, что имеет право получить соответствующие виды оказываемых Исполнителем услуг без взимания платы, в рамках действия программы государственных гарантий на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи. Медицинские услуги оказываются в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг, действующих у Исполнителя, утвержденными главным врачом и размещенными на информационном стенде Исполнителя.

1.3 Медицинские услуги оказываются Пациенту (Заказчику) Исполнителем в объеме, согласованном при обращении Пациента (Заказчика) к Исполнителю, **согласно выбранной Пациентом разовой услуге,** либо в объеме, согласованном сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему договору, согласно выбранной **Пациентом (Заказчиком) Программы оказания медицинских услуг.**

1.4. В случае обращения Пациента (Заказчика) к Исполнителю за получением разовой медицинской услуги, ее наименование, дата и время оказания услуги, ФИО врача, оказывающего услугу, устанавливаются сторонами в **Перечне получаемых пациентом платных медицинских услуг (Приложение 1)**, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

2. ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель предоставляет медицинские услуги по адресу: Российская Федерация. Новосибирская область, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, в соответствии с заявкой Пациента (Заказчика) на предоставление услуг. Заявка на получение соответствующих видов услуг Пациентом (Заказчиком) может быть подана в момент заключения Договора или в период срока его действия;

2.2. Заявка на получение услуги Пациентом (Заказчиком) регистрируется в электронном журнале Исполнителя в соответствии с графиком работы врачей (специалистов). Заявка на получение услуг осуществляется в порядке предварительной записи через регистратуру Исполнителя лично, посредством телефонной связи или самостоятельной записи через сайт Исполнителя на условиях, указанных в Правилах предоставления платных медицинских услуг;

2.3. Датой оказания медицинских услуг является дата, зафиксированная при записи на прием в электронном журнале Исполнителя;

2.4. Срок предоставления Исполнителем платных медицинских услуг определяется в соответствии с настоящим Договором. Срок предоставления услуги подтверждается калькуляционной квитанцией, актом оказания услуг, которые являются неотъемлемой частью Договора;

2.5. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказанных Исполнителем Пациенту (Заказчику), определяется Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим в момент обращения Пациента (Заказчика) за соответствующей услугой, и подтверждаются калькуляционной квитанцией являющейся неотъемлемой частью Договора. Изменение стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента (Заказчика);

2.6. В момент подписания Договора Пациент (Заказчик) ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в них информацию, согласен с установленными ценами на медицинские услуги у Исполнителя;

2.7. Объем оказываемых медицинских услуг определяется желанием Пациента (Заказчика), лечащим врачом (специалистом) Исполнителя и организационно техническими возможностями Исполнителя;

2.8. Необходимыми условиями при исполнении Договора является согласие Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство, а также согласие Пациента (Заказчика) на обработку его персональных данных (Приложение 5).

2.9. По завершении получения каждой медицинской услуги, оказанной Пациенту (Заказчику), в рамках настоящего Договора, стороны подписывают двухсторонний Акт оказанных медицинских услуг (Приложение 4) к настоящему Договору), указанный акт является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.10 Исполнитель уведомляет Пациента (Заказчика), о том, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, согласно ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ № 323).

Врачебная тайна является специальной категорией персональных данных. Обращение со сведениями, составляющими врачебную тайну, регулируется Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее ФЗ № 152).

В связи с чем, Исполнитель передачу информации касающейся факта обращения за медицинской помощью, состояния здоровья лица, диагнозы, анализы и иные сведения выдает Пациенту (Заказчику) лично в руки при обращении к Исполнителю, по месту оказанию медицинских услуг Исполнителем, и при предъявлении Пациентом (Заказчиком) личного паспорта.

Пересылку вышеуказанной медицинской информации, содержащей врачебную тайну, о Пациенте (Заказчике) по средствам электронной связи (WhatsApp, Viber, Telegram) Исполнителем не осуществляется.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Итоговая стоимость оказанных медицинских услуг состоит из сумм стоимости каждой услуги, оказанной Пациенту (Заказчику) Исполнителем, и определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на момент обращения за получением соответствующей услуги. Стоимость каждой оказанной услуги Исполнителем Пациенту (Заказчику) подтверждается «калькуляционной» квитанцией;

3.2. Стоимость оказываемых услуг по настоящему Договору не фиксирована и подлежит коррекции (дополнению) по мере оказания медицинских услуг, поскольку количество оказанных услуг может увеличиваться с момента заключения Договора, по согласованию между Сторонами;

3.3. Оплата каждой оказанной медицинской услуги в соответствии с заявкой Пациента (Заказчика) производится стопроцентным авансовым платежом до ее оказания. Все дополнительные услуги, возникающие в момент оказания основной услуги в соответствии с заявкой Пациента (Заказника) оплачиваются после их получения. Услуга считается выполненной в установленный срок в полном объеме с момента ее фактического оказания;

3.4. Оплата услуг Исполнителя осуществляется Пациентом (Заказчиком) наличным платежом или по платежной карте. Платежные документы чеки (кассовые либо терминала) являются неотъемлемой частью Договора;

3.5. По требованию Пациента (Заказчика) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора;

3.6. В случае если Договор заключается в целях исполнения обязательств в рамках добровольного медицинского страхования граждан, оплата за оказанные Исполнителем услуги производится в соответствии с условиями Договора заключенного между Исполнителем и страховой организацией Пациента (Заказчика).

3.7. Несвоевременная или неполная оплата Услуг дает право Исполнителю приостановить обслуживание по настоящему Договору, а также приостановить выполнение назначенного курса лечения до погашения задолженности Пациентом (Заказчиком), а чем Пациент (Заказчик) ставится в известность Исполнителем, при очередном посещении организации Исполнителя.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Пациент (Заказчик) обязан:

4.1.1. Своевременно оплачивать услуги, оказанные ему Исполнителем, согласно прейскуранту на медицинские услуги Исполнителя (действующему на момент оказания услуг);

4.1.2 Предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), содержащие сведения о состоянии здоровья, в том числе о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, аллергических реакциях, имеющихся и ранее перенесенных заболеваниях, проводимых исследованиях и манипуляциях и об иных обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии своего здоровья, которыми он располагает на момент заключения Договора и в период срока его действия, если эта информация может повлиять на качество услуг, оказываемых специалистами (врачами) Исполнителя;

Сообщать Исполнителю о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения (вируса иммунодефицита человека и т.д.), а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами.

4.1.3. Предоставить Исполнителю необходимые для оказания Услуг сведения о состоянии своего здоровья и об известных ему обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых Услуг, в том числе:

-о перенесенных или сопутствующих заболеваниях, в т.ч. аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез, и др.;

-о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах;

-о переливании крови инъекциях, полученных в других медицинских учреждениях (за период не менее чем два года до получения Пациентом Услуг по настоящему Договору);

-о проведенных Пациенту профилактических прививках;

-о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения Пациентом Услуг по настоящему Договору;
-о непереносимости лекарственных препаратов, физиотерапевтических воздействий;
-информацию о прохождении результатах лечения в других лечебно-профилактических учреждениях;
-иные сведения, запрошенные лечащим врачом, необходимые для полного и качественного оказания Пациенту медицинских Услуг.

4.1.4. Во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его прав в соответствии с действующим законодательством и Договором;

4.1.5. Своевременно, точно и в полном объеме выполнять рекомендации и предписания специалистов (врачей) Исполнителя, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи, за исключением случаев, указанных в п. 5.11 Договора;

4.1.6. При первой возможности информировать (в частности, по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого, об осложнениях, возникших после приема лекарств, или после проведения обследования, манипуляции;

4.1.7. В случае отказа от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента (Заказчика), дать письменный отказ от медицинского вмешательства (приложение 4 к Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД).

4.1.8. Заблаговременно информировать Исполнителя **(не менее чем за 3 часа)** о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения услуг. В случае опоздания Пациента (Заказчика) более чем на 30 % длительности приема, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги;

4.1.9. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых, лекарственных средств, биологически активных добавок, лекарственных трав и т. д;

4.1.10. Соблюдать требования пожарной безопасности;

4.1.11. Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим;

4.1.12. Знакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем и обнародованной по месту предоставления услуг;

4.1.13. Согласовать с лечащим врачом и подписать информированное добровольное согласие с общим планом обследования и лечения (Приложение 2 к настоящему договору). Указанное согласие вклеивается в карточку Пациента.

В случае не согласия с дальнейшим планом лечения подписать и отказ от альтернативного плана лечения (приложение 3 к настоящему договору). Указанный Отказ вклеивается в карточку пациента.

4.1.14. Врач информирует Пациента о состоянии его здоровья и диагнозе, предоставляет Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними возможном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель уведомляет Пациента, что Пациент в ходе приема у лечащего врача имеет возможность задать все интересующие его вопросы, связанные с текущей ситуацией его здоровья, предстоящих медицинских манипуляциях, их возможных негативных последствиях, медицинских прогнозах лечения.

Подпись Пациента на предложенном лечащим врачом информационном добровольном согласии с планом лечения и обследования, подтверждает получение Пациентом, в доступной для него форме всей необходимой информации, касающейся необходимого обследования, лечения и перспективы такого лечения.

4.1.15. В случае отказа Пациента от подписания формы Информированного добровольного согласия с планом обследования и лечения Исполнитель вправе отказать Пациенту в дальнейшем оказании соответствующих Медицинских услуг.

Исполнитель обязан:

4.2.1. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Пациента (Заказчика) за медицинскими услугами в соответствии с действующим законодательством;

4.2.2. Согласовывать график посещения специалистов (врачей) Исполнителя с Пациентом (Заказчиком) по мере его обращений. Своевременно информировать Пациента (Заказчика) о невозможности оказания запланированных услуг, по мере возможностей предоставить альтернативные варианты;

4.2.3. В доступной форме информировать Пациента (Заказчика) или его поверенного, законного представителя о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях (возможных осложнениях) и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Пациента (Заказчика) на получения данной информации и в соответствии с действующим законодательством;

4.2.4. В случае обнаружения заболеваний у Пациента (Заказчика), о которых не было известно при подписании Договора, поставить в известность Пациента (Заказчика) о наличии таковых и предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Пациента (Заказчика) противопоказаний, внеся соответствующую информацию в медицинскую документацию Пациента (Заказчика);

4.2.5. В случае несовместимости заболевания, обнаруженного после подписания настоящего Договора, с выбранной методикой оказания медицинских услуг, предложить и согласовать другой метод оказания данных услуг;
4.2.6. Направить Пациента (Заказчика) в другую медицинскую организацию, если Лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и лечения Пациента (Заказчика);
4.2.7. Вести учет услуг, оказанных Пациенту (Заказчику), и предоставлять ему калькуляционные квитанции, после окончательного расчета Пациента (Заказчика) вместе с платежными документами;
4.2.8. Знакомить Пациента (Заказчика) или его поверенного, законного представителя непосредственно с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и давать по ней соответствующие консультации.
4.2.9. Консультации врачей, профилактические, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции в обязательном порядке сопровождаются внесением соответствующих записей в индивидуальную Медицинскую карту Пациента. Медицинская карта
Пациента является собственностью Исполнителя, ведется и хранится в организации Исполнителя в соответствии с требованиями действующего законодательства.
4.2.10. Пациенту по его письменному требованию выдается выписка из Медицинской карты пациента, в срок, не превышающих 14-ти календарных дней с момента подачи соответствующего заявления Исполнителю. Выдача оригинала Медицинской карты на руки Пациенту или Заказчику не допускается.

5. ПРАВА СТОРОН

5.1. Исполнение обязательств одной стороной дают право требовать ею исполнения обязательств в полном объеме от второй стороны в соответствии с условиями Договора и действующим законодательством. Такое требование, если есть основания полагать, что обязательства не исполняются надлежащим образом, поначалу может быть заявлено в устной форме стороной, считающей, что обязательства другой стороны нарушены. Если это требование не удовлетворено в течение семи рабочих дней, Заявитель оформляет претензию в письменном виде и направляет его другой стороне. Если эта претензия не удовлетворена в течение десяти рабочих дней с момента ее получения другой стороной, стороны разрешают возникший конфликт в соответствии с разделом 8 Договора;
5.2. Стороны вправе согласованно изменять условия Договора, внося соответствующие изменения и дополнения в Договор, путем письменного заключения Дополнительных соглашений к нему;
Исполнитель вправе:
5.3. В случае отказа Пациента (Заказчика) от услуг, которые могли бы по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента (Заказчика), получить от него соответствующий письменный отказ от медицинского вмешательства, разъяснив Пациенту (Заказчику) возможные последствия такого отказа для его здоровья;
5.4. Не нести ответственности за ухудшение состояния здоровья Пациента (Заказчика) в следующих случаях:
- при невыполнении Пациентом (Заказчиком) рекомендаций и предписаний специалистов (врачей) Исполнителя по его лечению;
- при не информировании специалистов (врачей) Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и других осложнений, в том числе, с которыми Пациент (Заказчик) был знаком до начала и в процессе лечения;
- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Пациента (Заказчика) после прерывания/самостоятельного изменения схемы лечения по его вине;
5.5. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и оказания неотложной медицинской помощи.
5.6. Самостоятельно привлекать Соисполнителей для оказания медицинских услуг, составляющих предмет Договора;
5.7. Если оплата услуг не была произведена пациентом (Заказчиком) в размере и сроки, предусмотренные разделом 3 настоящего Договора, прекратить оказание услуг или задерживать выдачу заключений приемов и результатов проведенных исследований до момента полной оплаты стоимости оказанных услуг;
Пациент (Заказчик) вправе:
5.8. В любое время проверять ход и качество услуги, оказываемой Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность;
5.9. Если после оказания медицинской услуги стало очевидным, что она выполнена ненадлежащим образом, назначить разумный срок для устранения недостатков, и, при неисполнении Исполнителем в назначенный срок этого требования, отказаться от Договора, а также потребовать от Исполнителя возмещения убытков;
5.10. Потребовать от Исполнителя дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения были ему непонятны;
5.11. Отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье или являются необоснованными, в этом случае Пациент (Заказчик) оформляет письменный отказ;

5.12. Получать копии всех медицинских документов, результатов анализов, выписок из медицинских карт и другую документацию только при наличии письменного заявления и документа, удостоверяющего личность.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента (Заказчика) в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ;
6.3. Пациент (Заказчик) несет ответственность за нарушение условий Договора в соответствии с действующим законодательством РФ;
6.4. Пациент (Заказчик) несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ;
6.5. В случаях, предусмотренных п.п. 3.3-3.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, задержать выдачу результатов обследования, лечения (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям/экстренной помощи).
6.6. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в следующих случаях:
- при возникновении осложнений, связанных с тем, что Пациент не предоставил полные и достоверные сведения в соответствии с пунктом 4.1.2. - 4.1.3. настоящего Договора;
- в случае если в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и лечения, но Пациент не выполнил соответствующие назначения;
-в случае если наступили предусмотренные и указанные в Информированном добровольном согласии Пациента на медицинское вмешательство возможные побочные эффекты (осложнения), соответствующие характеру и объему медицинской услуги;
-в случае атипичного протекания у Пациента заболевания, наличия не прогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты ит.п.;
-если Пациент своевременно не явился на прием для получения Услуг согласно назначению врача, таким образом, лечение было прервано, или Пациент без согласования с Исполнителем получал медицинские услуги в другой медицинской организации, которые могли вступить в противоречие с лечением, проводимым Исполнителем, и оказать негативной влияние на состояние здоровья Пациента;
6.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставлять Исполнителю (Лечащему врачу) наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, том числе перечисленную выше в п.6.6. настоящего Договора,
Пациенту разъяснено, что Врач при определении диагноза и индивидуальных противопоказаний к оказанию Медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье Пациента, записанную и внесенную в Медицинскую карту Пациента с его слов и на основании предоставленных Пациентом документов, Пациент согласен, что Исполнитель (Лечащий врач) не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья Пациента, наступившие в результате предоставления Пациентом Исполнителю (Лечащему врачу) неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья, перечисленной вышевп.6.6. настоящего Договора.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует в течение 1 (одного) года.
7.2. В случае если ни одна из Сторон не сделает заявление о прекращении действия Договора за 30 календарных дней до даты его окончания, то Договор считается пролонгированным на один год. Количество таких пролонгаций неограниченно.
7.3. Договор может быть изменен или досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения, подписанного Сторонами;
7.4. Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством;
7.5. В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается на основании письменного заявления Пациента (Заказчика) (Приложение 6 к настоящему договору), при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
7.6. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего Договора, график посещений/приёма Врача, сроки проведения обследований, курсов процедур (программ) согласуются Пациентом с Лечащим врачом и указываются в назначениях Врача и Медицинской карте Пациента.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Если одна из сторон считает, что она выполнила обязательства по Договору в полном объеме, а другая не выполнила встречных обязательств, и при этом соблюдены условия п. 5.1 Договора, Стороны разрешают возникший конфликт в соответствии с настоящим разделом;

8.2. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в том числе в претензионном порядке;
8.3. Претензия оформляется в письменной форме и направляется той Стороне по Договору, которой допущены нарушения его условий. В претензии перечисляются допущенные при исполнении Договора нарушения со ссылкой на соответствующие положения Договора или его приложений, отражаются действия, которые должны быть произведены Стороной для устранения допущенных нарушений.
Претензии по качеству медицинских услуг рассматриваются созданной Исполнителем врачебной комиссией с привлечением по требованию Пациента (Заказчика) и за его счет независимого эксперта, в течение 20-ти рабочих дней, с момента фактического получения исполнителем письменной претензии Пациента (Заказчика).

В случае наличия у Пациента (Заказчика) претензий к качеству полученных медицинских услуг, стороны пришли соглашению, **об обязательной личной явке Пациента (Заказчика) на заседание врачебной комиссии**, создаваемой Исполнителем согласно Положения о врачебной комиссии в назначенное и заранее согласованное с Пациентом (Заказчиком) время, с целью детального выявления сути претензии Пациента к качеству полученных услуг, независимого осмотра специалистами входящими в состав врачебной комиссии Исполнителя состояния здоровья Пациента, и составления соответствующего заключения.

При уклонении Пациента (Заказчика) от личного участия и осмотра Врачебной комиссией Исполнителя, Исполнитель не имеет возможности объективно разобраться и оперативно решить возникший вопрос, при этом претензия Пациента (Заказчика) считается не поданной и ответ на поступившую претензию не сможет быть предоставлен, за отсутствием полной и объективной информации у Исполнителя.
8.4. Срок рассмотрения претензий не может превышать десяти рабочих дней с момента их получения. Переписка Сторон может осуществляться в виде письма, а в случае направления электронного сообщения с последующим предоставлением оригинала документа;
8.5. При неурегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, стороны установили договорную подсудность рассмотрения спора. Спор передается на разрешение в Октябрьский районный суд г. Новосибирска, в соответствии с действующим законодательством.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Исполнитель освобождается от ответственности при исполнении условий Договора, если докажет, что неисполнением договорных обязательств, явились обстоятельства, не зависящие от воли Исполнителя;
9.2. Пациент (Заказчик) подтверждает свое согласие на обработку персональных данных Исполнителем. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Пациент (Заказчик) предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения;
9.3. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Договора может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи Генерального директора «Исполнителя», с помощью средств механического или иного копирования собственной подписи ответственного лица.
9.4. Все приложения, дополнения и изменения к Договору являются его неотъемлемой частью;
9.5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:

БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(Подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (Подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 57
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность)

г. Новосибирск Дата г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД»,(коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85,

в лице генерального директора **Шишкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Гражданин (ка)

_____

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»,** с другой стороны, при совместном упоминании **«Стороны»,** заключили настоящий Дополнительное соглашение, к Договору возмездного оказания медицинских услуг, о нижеследующем:

потребителем услуг («Пациентом») по настоящему Дополнительному соглашению является:

_____

1. Предмет дополнительного соглашения

1.1. **«Заказчик»** поручает, а **«Исполнитель»** обязуется оказать **«Пациенту»** платную медицинскую услугу по программе, разработанной Исполнителем по «Ведению нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность), далее именуемая **«программа».**

1.2. Медицинские услуги, оказываемые **«Заказчику»** по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) включает в себя:

- проведению консультаций и наблюдение «Пациента», **с нормальным течением беременности до родов,** в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Дополнительным соглашением и приложениями к нему, являющихся неотъемлемой частью настоящего Дополнительного соглашения.

1.3. **«Заказчик»** обязуется оплатить оказываемые **Пациенту** медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Дополнительным соглашением.

1.4. Медицинские услуги, являющиеся предметом настоящего дополнительного соглашения, оказываются в срок с «_____» _____ 20___ г. по «___» _____ 20 ___ г.

Сроком окончания настоящего дополнительного соглашения, по соглашению сторон, является наступление времени доношенной беременности (38 неделя).

Срок оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению может быть изменен, по соглашению сторон.

1.5. Медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

1.6. Для оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению, **«Исполнитель»** вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

1.7. При оказании платных медицинских услуг согласно настоящего Дополнительного соглашения, объем услуг, оказываемых Пациенту и входящих в программу, определяется лечащим врачом, и является обязательным для пациента. Основанием для назначений является программа «Ведения нормально протекающей беременности» (Приложение №1), соответствующая требованиям законодательства при наблюдении физиологической беременности (без осложнений), разработанная на основе Приказа Министерства Здравоохранения и социального развития РФ № 662 от 14.09.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности».

1.8. Медицинские услуги по настоящему дополнительному соглашению оказываются в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик средств лечения.
Программа «Ведения нормально протекающей беременности» соответствует установленным Минздравом РФ стандартам (приказ № 573 н от 01.11.2012 г.) и рассчитана на течение не осложненной одноплодной беременности.
1.9. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) осложнений течения беременности, которые могут причинить вред здоровью «Пациента».
Основные возможные осложнения: невынашивание беременности, кровотечение, перинатальные поражения плода, преэклампсия, антенатальная гибель плода.
1.10. В связи с тем, что вышеперечисленные осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

2. Стоимость и порядок оплаты услуг

2.1. Стоимость фактически оказываемых **«Пациенту»** медицинских услуг, включенных в программу «Ведение нормально протекающей беременности» (при одноплодной беременности), установлена в Приложении 1 к настоящему Дополнительному соглашению**, и включает в себя:**
- оплату ведения нормальной протекающей беременности **первый триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **второй триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **третий триместр;**

2.2. Оплата программы предусматривает как единовременную оплату всей денежной суммы, указанной в п. 2.1 настоящего дополнительного соглашения, в день его заключения сторонами, так и возможность оплаты по триместрам.
2.3. В случае оплаты Заказчиком оказываемых по программе «Ведение нормально протекающей беременности» услуг частями, первая часть, оплачивается в день заключения настоящего дополнительного соглашения, вторая и третья части в день очередного приема врача либо выполнения иной медицинской услугу включенной в программу, выпадающей на начало второго и третьего триместров.
2.4. Оказание медицинских услуг «Исполнителем» осуществляется только после поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет «Исполнителя».
2.5. В случае, если по медицинским показаниям Пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не входящие в объем программы, то стоимость дополнительных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определяется согласно действующим тарифам исполнителя, в момент фактического оказания медицинской услуги. При этом оплата дополнительных медицинских услуг пациентом производится в день фактического получения дополнительной медицинской услуги.
2.6. Стороны договорились, что по завершении каждого триместра (1 и 2 триместров), в день очередного приема Пациента у своего лечащего врача, стороны подписывают Акт приема передачи оказанных услуг (приложение 3 к настоящему договору).
В случае уклонения Пациента от подписания Акта приема передачи услуг, в установленный сторонами период, Исполнитель составляет и подписывает указанный акт приема передачи в одностороннем порядке.
Составленный и подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи, с указанием в нем причины одностороннего подписания хранится в карточке Пациента.
По завершении 3-го триместра акт приема передачи оказанных услуг подписывается на очередном приеме (входящем в программу «Ведение нормально протекающей беременности), после родов (
При этом Пациент должен посетить лечащего врача Исполнителя в срок, не превышающий 1-го месяца, с момента родов.
В случае уклонения Пациента от посещения лечащего врача по завершении третьего триместра и родов, акт приема передачи оказанных услуг подписывается Исполнителем по истечении 1-го месяца от установленной в карточке пациента плановой даты родов.
Подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи с указание причин его одностороннего подписания, хранится в карточке Пациента.

3. Условия дополнительного соглашения

3.1. Настоящим Дополнительным соглашением не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: патология плода, особо опасные инфекции, врожденные пороки, аномалии развития, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, онкологические заболевания, тяжелые соматические заболевания; психические заболевания (шизофрения и т.п., системные заболевания соединительной ткани, венерические заболевания,

ВИЧ инфекция, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», травмы всех видов и прочие заболевания, либо связанные с ними осложнения.
3.2. Предоставление услуг по настоящему дополнительному соглашению производится в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру «Исполнителя» лично или посредством телефонной связи.
3.4. Ведущим лечащим врачом (далее Врач) Пациента является _____, специальность врача акушер-гинеколог, тел. для связи _____.
3.5. «Исполнитель» оставляет за собой право смены Врача, в случае его отсутствия по болезни, в период командировки, обучения, а также в случае расторжения с ним Договора об оказании услуг (расторжения трудового договора по основаниям трудового законодательства) или по другим причинам, которые приводят к объективной невозможности последнего осуществлять исполнение обязательств по настоящему Дополнительному соглашению.
3.6. План наблюдения Пациента формируется врачом, исходя из базовых требований, особенностей течения беременности и времени начала наблюдения.
3.7. Срок беременности при постановке на учет (на момент заключения дополнительного соглашения) - ____ неделя.

4. Права и обязанности сторон

4.1. **«Исполнитель» обязуется**

4.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренной Программой.
4.1.2. Информировать Пациента о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.
4.1.3. Информировать Пациента по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий, не входящих в Программу.
4.1.4. Обеспечить соблюдение медицинской тайны о Пациенте, а также не передавать персональные данные Пациента третьим лицам, без его согласия, за исключение случаев, установленных действующим российским законодательством.
4.1.5. Обеспечить ведение медицинской документации и архивирование в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. **«Исполнитель» вправе**

4.2.1. Отказать Пациенту в предоставлении платных медицинских услуг, с расторжением в одностороннем порядке настоящего Дополнительного соглашения, в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, а также в случае систематической (более 2-х раз подряд), неявки на плановые приемы к лечащему врачу, согласно программы.
4.2.2. Рекомендовать проведение дополнительных консультаций в других лечебных учреждениях г. Новосибирска

4.3. Пациент обязуется

4.3.1. Следовать всем указаниям, требованиям, назначениям врача, полученным в рамках настоящего дополнительного соглашения.
4.3.2. Выполнять график посещений, оговоренный в программе наблюдения за беременностью лечащим врачом согласно программе;
4.3.3. Выполнять требования лечащего врача и соответствующих специалистов по срокам явок на осмотр и проведения обследований и анализов;
4.3.4. Четко выполнять рекомендации лечащего врача и соответствующих специалистов по лечению, обследованию и госпитализации (в случае необходимости).
Производить рекомендуемое лечащим врачом лечение и прием медикаментом для профилактики возможных осложнений;
4.3.5. Своевременно оплачивать стоимость медицинских слуг «Исполнителя;
4.3.6. В случае каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться к Главному врачу «Исполнителя» с соответствующим письменным заявлением.
4.3.7. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Пациент обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Главного врача, по форме, согласно Приложения 2 к настоящему Дополнительному Соглашению.
4.3.8. Все исследования по Программе, назначаемые лечащим врачом Пациента, должны быть проведены Пациентом в установленные сроки непосредственно у «Исполнителя».

В случае, если Пациент обращается для проведения назначенных по Программе исследований в другие медицинские учреждения, перерасчет и возврат денежных средств, оплаченных по настоящему Дополнительному соглашению, не производится.
4.3.9. Пациент обязан, при невозможности посещения специалиста в назначенный день, не менее чем за 3 часа предупредить администратора по телефону о своей неявке.
При этом неявка Пациента на плановый визит без предварительного уведомления, клиника оставляет за собой право определять дату и время очередного приема самостоятельно;

4.4. **Пациент имеет право**

4.4.1. На полную и всестороннюю информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях.
4.4.2. Получать квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Дополнительного соглашения.
4.4.3. Получить в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В случаях неблагоприятного прогноза развития плода информация должна сообщаться в деликатной форме Пациенту и членам его семьи, если Пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.
4.4.4. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов.

5. Досрочное расторжение дополнительного соглашения

5.1. Настоящее дополнительное соглашение может быть расторгнуто Пациентом по собственной инициативе, а также в случае прекращения беременности. При этом, Пациенту возвращаются оплаченные им денежные средства в следующих размерах:
5.1.1. При расторжении настоящего Дополнительного соглашения **в случае досрочного прекращения беременности**, возврату подлежат денежные средства исключительно за периоды, в течение которых медицинские услуги фактически Пациентом получены не были.
Срок возврата денежных средств установлен сторонами: в течение 1-го календарного месяца, с момента поступления от Пациента письменного заявления о расторжении.
При этом Пациент обязан своевременно (в срок, не превышающий 2-х недель с момента досрочного прекращения беременности) подать письменное заявление, с указанием причин досрочного расторжения настоящего Дополнительного соглашения и медицинского документа (справка, выписки), подтверждающей досрочное прекращение беременности Пациента.
5.1.2. Возврат денежных средств за периоды, в течение которых Пациенту оказывались медицинские услуги «Исполнителем», при досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, не производится.
5.1.3. При досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, стороны составляют и подписывают Соглашение о расторжении настоящего Дополнительного соглашения (приложение 4, либо приложение 6 к настоящему дополнительному соглашению) и Акт оказанных медицинских услуг (приложение 5).
При уклонении Пациента от подписания Соглашения о расторжении настоящего Дополнительного соглашения и Акта оказанных медицинских Исполнитель составляет и подписывает указанные документы в одностороннем порядке, в течение 2-х недель, с момента уведомления Пациента о своем желании произвести Досрочное расторжение Дополнительное соглашение и уклонении от подписания вышеуказанных документов.
Составленные и подписанные в одностороннем порядке документы, с указание причин из одностороннего составления, находятся в карточке Пациента.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего дополнительного соглашения одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.
6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Дополнительного соглашения.
6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Это обстоятельства, которые в соответствии с действующим законодательством признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми.
Также Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и

практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций и/или требований лечащего врача, а также в случае нарушения Пациентом исполнения настоящего Дополнительного соглашения, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность из завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и/или на развитие беременности Пациента.

7. Порядок разрешения споров

7.1. К правоотношениям сторон в случае наличия спора по исполнению настоящего Дополнительного соглашения, применяются все правила, установленные Договором возмездного оказания медицинских услуг, ранее заключенного сторонами.

7.2. В случае возникновения разногласий по исполнению сторонами настоящего дополнительного соглашения, стороны руководствуются правилами, ранее предусмотренными Договором возмездного оказания медицинских услуг, раздел 8, в полном объеме.

8. Прочие условия

8.1. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Дополнительного соглашения может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи Генерального директора «Исполнителя», с помощью средств механического или иного копирования собственной подписи ответственного лица.

8.2. Пациент уведомлен, что в процессе оказания услуг по настоящему Дополнительному соглашению, существует риск осложнений, независящий от уровня и качества оказанных услуг, применяемых технологий, квалификации медицинского персонала «Исполнителя».

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____2022 г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(одноплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) общая стоимость: руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
	КОД	**900500**	**900501**	**900502**
СТОИМОСТЬ:				
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.01***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта		***1***		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***1***		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (1 плод)		***Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)***	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		A04.30.008.01	***A04.30.008.04***	***A04.30.008.07***
		1	***1***	***1***
УЗ цервикометрия	***A04.30.001.07***		***1***	
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока	***A04.30.002.01***		***1***	***1***
УЗИ плода в динамике	***A04.30.008.07***			***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода	***A04.30.002.01***		***1***	***1***
Функц.диагностика:				

КТГ	***A05.30.001 .01***			***5***
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***5***		
Анализы при постановке на учет:				
Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAbCombo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B SurfaceAntigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCVTotal (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponemapallidum, суммарно (AntiTreponemapallidumIgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекцииIgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasmagondii (AntiToxoplasmagondiiIgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMVIgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	

Группа крови (BloodGroup, AB0)	***93***	***1***		
Резуспринадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		
(При наличии на момент постановки на учет, подтвержденной группы крови и резус фактора (анализ сделан в сторонней организации и имеется выписка)	***140***	***1***		
Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) (ClinicalBloodAnalysis: GeneralBloodAnalysis, LeucocyteFormula, ESR (withMicroscopicExamination ofBloodSmearifPresenceof	***1515***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (AlanineAminotransferase, ALT, SerumGlutamicPyruvicTransaminase, SGPT)	***8***	***1***		***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, SerumGlutamicoxaloaceticTransaminase, SGOT)	***9***	***1***		***1***

Билирубин общий (BilirubinTotal)	***13***	***1***		***1***
Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(DirectBilirubin, DBIL,ConjugatedBilirubin)	***14***	***1***		***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***		***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***		***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***		***1***
Общий белок (ProteinTotal)	***28***	***1***		***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***		***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, GlycatedHemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ (АПТВ), кефалинкаолиновое время) (ActivatedPartialThromboplastinTime, APTT)	***1***	***1***		***1***
Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, ProthrombinTime, PT, InternationalNormalizedRatio, INR)	***2МНО***	***1***		***1***

Фибриноген (Fibrinogen, FG)	***3***	***1***		***1***
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (LupusAnticoagulant, LA)	***190***	***1***		***1***
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	***4***	***1***		***1***
Индуцированная агрегация тромбоцитов (InducedPlateletAggregation)	***1154***	***1***		***1***
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (ThyroidStimulatingHormone, TSH)	***56***	***1***		
Тироксин свободный (Т4 свободный) (FreeThyroxine, FT4)	***55***	***1***		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (CompleteUrinalysis, MicroscopicExamination)	***116***	***2***	***2***	***2***
Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (UrineCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***441-Ф***	***1***		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (GramStain. BacterioscopicExaminationofSmear)	***445***	***1***		***1***

Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (TheBethesdaSystem ?TBS) (Cytological Examination of Cervical Epithelium with Description on The Bethesda System, TBS)	***505B***	***1***		
Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (GenitourinaryTractCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***446-A(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonasvaginalis, трихомониаз) (TrichomonasvaginalisCulture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				
Хламидия (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydiatrachomatis, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasmagenitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasmagenitalium, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***302УРО***	***1***		

Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***310УРО***	***1***		
Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***A11.20.002/ A11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из периферической вены	***A11.12.009***	***1***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

Приложение № 58
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Дополнительное соглашение к Договору возмездного оказания медицинских услуг от по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (многоплодная беременность)

г. Новосибирск Дата г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД»,(коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85,

в лице генерального директора **Шишкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Гражданин (ка)

_____-
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»,** с другой стороны, при совместном упоминании **«Стороны»,** заключили настоящий Дополнительное соглашение, к Договору возмездного оказания медицинских услуг, о нижеследующем:

потребителем услуг («Пациентом») по настоящему Дополнительному соглашению является:

_____-

1. Предмет дополнительного соглашения

1.1. **«Заказчик»** поручает, а **«Исполнитель»** обязуется оказать **«Пациенту»** платную медицинскую услугу по программе, разработанной Исполнителем по «Ведению нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность), далее именуемая **«программа».**

1.2. Медицинские услуги, оказываемые **«Заказчику»** по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность) включает в себя:

- проведению консультаций и наблюдение «Пациента», **с нормальным течением беременности до родов,** в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Дополнительным соглашением и приложениями к нему, являющихся неотъемлемой частью настоящего Дополнительного соглашения.

1.3. **«Заказчик»** обязуется оплатить оказываемые **Пациенту** медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Дополнительным соглашением.

1.4. Медицинские услуги, являющиеся предметом настоящего дополнительного соглашения, оказываются в срок с «_____» _____ 20___ г. по «___» _____ 20 ___ г.

Сроком окончания настоящего дополнительного соглашения, по соглашению сторон, является наступление времени доношенной беременности (38 неделя).

Срок оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению может быть изменен, по соглашению сторон.

1.5. Медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

1.6. Для оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению, **«Исполнитель»** вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

1.7. При оказании платных медицинских услуг согласно настоящего Дополнительного соглашения, объем услуг, оказываемых Пациенту и входящих в программу, определяется лечащим врачом, и является обязательным для пациента. Основанием для назначений является программа «Ведения нормально протекающей беременности» (Приложение №1), соответствующая требованиям законодательства при наблюдении физиологической беременности (без осложнений), разработанная на основе Приказа Министерства Здравоохранения и социального развития РФ № 662 от 14.09.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности».

1.8. Медицинские услуги по настоящему дополнительному соглашению оказываются в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик средств лечения.
Программа «Ведения нормально протекающей беременности» соответствует установленным Минздравом РФ стандартам (приказ № 573 н от 01.11.2012 г.) и рассчитана на течение не осложненной двуплодной беременности.
1.9. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) осложнений течения беременности, которые могут причинить вред здоровью «Пациента».
Основные возможные осложнения: невынашивание беременности, кровотечение, перинатальные поражения плода, преэклампсия, антенатальная гибель плода.
1.10. В связи с тем, что вышеперечисленные осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

2. Стоимость и порядок оплаты услуг

2.1. Стоимость фактически оказываемых **«Пациенту»** медицинских услуг, включенных в программу «Ведение нормально протекающей беременности» (при двуплодной беременности), установлена в Приложении 1 к настоящему Дополнительному соглашению**, и включает в себя:**
- оплату ведения нормальной протекающей беременности **первый триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **второй триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **третий триместр;**

2.2. Оплата программы предусматривает как единовременную оплату всей денежной суммы, указанной в п. 2.1 настоящего дополнительного соглашения, в день его заключения сторонами, так и возможность оплаты по триместрам.
2.3. В случае оплаты Заказчиком оказываемых по программе «Ведение нормально протекающей беременности» услуг частями, первая часть, оплачивается в день заключения настоящего дополнительного соглашения, вторая и третья части в день очередного приема врача либо выполнения иной медицинской услугу включенной в программу, выпадающей на начало второго и третьего триместров.
2.4. Оказание медицинских услуг «Исполнителем» осуществляется только после поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет «Исполнителя».
2.5. В случае, если по медицинским показаниям Пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не входящие в объем программы, то стоимость дополнительных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определяется согласно действующим тарифам исполнителя, в момент фактического оказания медицинской услуги. При этом оплата дополнительных медицинских услуг пациентом производится в день фактического получения дополнительной медицинской услуги.
2.6. Стороны договорились, что по завершении каждого триместра (1 и 2 триместров), в день очередного приема Пациента у своего лечащего врача, стороны подписывают Акт приема передачи оказанных услуг (приложение 3 к настоящему договору).
В случае уклонения Пациента от подписания Акта приема передачи услуг, в установленный сторонами период, Исполнитель составляет и подписывает указанный акт приема передачи в одностороннем порядке.
Составленный и подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи, с указанием в нем причины одностороннего подписания хранится в карточке Пациента.
По завершении 3-го триместра акт приема передачи оказанных услуг подписывается на очередном приеме (входящем в программу «Ведение нормально протекающей беременности), после родов.
При этом Пациент должен посетить лечащего врача Исполнителя в срок, не превышающий 1-го месяца, с момента родов.
В случае уклонения Пациента от посещения лечащего врача по завершении третьего триместра и родов, акт приема передачи оказанных услуг подписывается Исполнителем по истечении 1-го месяца от установленной в карточке пациента плановой даты родов.
Подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи с указание причин его одностороннего подписания, хранится в карточке Пациента.

3. Условия дополнительного соглашения

3.1. Настоящим Дополнительным соглашением не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: патология плода, особо опасные инфекции, врожденные пороки, аномалии развития, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, онкологические заболевания, тяжелые соматические заболевания; психические заболевания (шизофрения и т.п., системные заболевания соединительной ткани, венерические заболевания,

ВИЧ инфекция, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», травмы всех видов и прочие заболевания, либо связанные с ними осложнения.
3.2. Предоставление услуг по настоящему дополнительному соглашению производится в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру «Исполнителя» лично или посредством телефонной связи.
3.4. Ведущим лечащим врачом (далее Врач) Пациента является _____, специальность врача акушер-гинеколог, тел. для связи _____.
3.5. «Исполнитель» оставляет за собой право смены Врача, в случае его отсутствия по болезни, в период командировки, обучения, а также в случае расторжения с ним Договора об оказании услуг (расторжения трудового договора по основаниям трудового законодательства) или по другим причинам, которые приводят к объективной невозможности последнего осуществлять исполнение обязательств по настоящему Дополнительному соглашению.
3.6. План наблюдения Пациента формируется врачом, исходя из базовых требований, особенностей течения беременности и времени начала наблюдения.
3.7. Срок беременности при постановке на учет (на момент заключения дополнительного соглашения) - ____ неделя.

4. Права и обязанности сторон

4.1. **«Исполнитель» обязуется**

4.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренной Программой.
4.1.2. Информировать Пациента о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.
4.1.3. Информировать Пациента по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий, не входящих в Программу.
4.1.4. Обеспечить соблюдение медицинской тайны о Пациенте, а также не передавать персональные данные Пациента третьим лицам, без его согласия, за исключение случаев, установленных действующим российским законодательством.
4.1.5. Обеспечить ведение медицинской документации и архивирование в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. **«Исполнитель» вправе**

4.2.1. Отказать Пациенту в предоставлении платных медицинских услуг, с расторжением в одностороннем порядке настоящего Дополнительного соглашения, в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, а также в случае систематической (более 2-х раз подряд), неявки на плановые приемы к лечащему врачу, согласно программы.
4.2.2. Рекомендовать проведение дополнительных консультаций в других лечебных учреждениях г. Новосибирска

4.3. Пациент обязуется

4.3.1. Следовать всем указаниям, требованиям, назначениям врача, полученным в рамках настоящего дополнительного соглашения.
4.3.2. Выполнять график посещений, оговоренный в программе наблюдения за беременностью лечащим врачом согласно программе;
4.3.3. Выполнять требования лечащего врача и соответствующих специалистов по срокам явок на осмотр и проведения обследований и анализов;
4.3.4. Четко выполнять рекомендации лечащего врача и соответствующих специалистов по лечению, обследованию и госпитализации (в случае необходимости).
Производить рекомендуемое лечащим врачом лечение и прием медикаментом для профилактики возможных осложнений;
4.3.5. Своевременно оплачивать стоимость медицинских слуг «Исполнителя;
4.3.6. В случае каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться к Главному врачу «Исполнителя» с соответствующим письменным заявлением.
4.3.7. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Пациент обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Главного врача, по форме, согласно Приложения 2 к настоящему Дополнительному Соглашению.
4.3.8. Все исследования по Программе, назначаемые лечащим врачом Пациента, должны быть проведены Пациентом в установленные сроки непосредственно у «Исполнителя».

В случае, если Пациент обращается для проведения назначенных по Программе исследований в другие медицинские учреждения, перерасчет и возврат денежных средств, оплаченных по настоящему Дополнительному соглашению, не производится.
4.3.9. Пациент обязан, при невозможности посещения специалиста в назначенный день, не менее чем за 3 часа предупредить администратора по телефону о своей неявке.
При этом неявка Пациента на плановый визит без предварительного уведомления, клиника оставляет за собой право определять дату и время очередного приема самостоятельно;

4.4. **Пациент имеет право**

4.4.1. На полную и всестороннюю информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях.
4.4.2. Получать квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Дополнительного соглашения.
4.4.3. Получить в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В случаях неблагоприятного прогноза развития плода информация должна сообщаться в деликатной форме Пациенту и членам его семьи, если Пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.
4.4.4. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов.

5. Досрочное расторжение дополнительного соглашения

5.1. Настоящее дополнительное соглашение может быть расторгнуто Пациентом по собственной инициативе, а также в случае прекращения беременности. При этом, Пациенту возвращаются оплаченные им денежные средства в следующих размерах:
5.1.1. При расторжении настоящего Дополнительного соглашения **в случае досрочного прекращения беременности**, возврату подлежат денежные средства исключительно за периоды, в течение которых медицинские услуги фактически Пациентом получены не были.
Срок возврата денежных средств установлен сторонами: в течение 1-го календарного месяца, с момента поступления от Пациента письменного заявления о расторжении.
При этом Пациент обязан своевременно (в срок, не превышающий 2-х недель с момента досрочного прекращения беременности) подать письменное заявление, с указанием причин досрочного расторжения настоящего Дополнительного соглашения и медицинского документа (справка, выписки), подтверждающей досрочное прекращение беременности Пациента.
5.1.2. Возврат денежных средств за периоды, в течение которых Пациенту оказывались медицинские услуги «Исполнителем», при досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, не производится.
5.1.3. При досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, стороны составляют и подписывают Соглашение о расторжении настоящего Дополнительного соглашения (приложение 4, либо приложение 6 к настоящему дополнительному соглашению) и Акт оказанных медицинских услуг (приложение 5).
При уклонении Пациента от подписания Соглашения о расторжении настоящего Дополнительного соглашения и Акта оказанных медицинских Исполнитель составляет и подписывает указанные документы в одностороннем порядке, в течение 2-х недель, с момента уведомления Пациента о своем желании произвести Досрочное расторжение Дополнительное соглашение и уклонении от подписания вышеуказанных документов.
Составленные и подписанные в одностороннем порядке документы, с указание причин из одностороннего составления, находятся в карточке Пациента.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего дополнительного соглашения одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.
6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Дополнительного соглашения.
6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Это обстоятельства, которые в соответствии с действующим законодательством признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми.
Также Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и

практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций и/или требований лечащего врача, а также в случае нарушения Пациентом исполнения настоящего Дополнительного соглашения, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность из завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и/или на развитие беременности Пациента.

7. Порядок разрешения споров

7.1. К правоотношениям сторон в случае наличия спора по исполнению настоящего Дополнительного соглашения, применяются все правила, установленные Договором возмездного оказания медицинских услуг, ранее заключенного сторонами.

7.2. В случае возникновения разногласий по исполнению сторонами настоящего дополнительного соглашения, стороны руководствуются правилами, ранее предусмотренными Договором возмездного оказания медицинских услуг, раздел 8, в полном объеме.

8. Прочие условия

8.1. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Дополнительного соглашения может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи Генерального директора «Исполнителя», с помощью средств механического или иного копирования собственной подписи ответственного лица.

8.2. Пациент уведомлен, что в процессе оказания услуг по настоящему Дополнительному соглашению, существует риск осложнений, независящий от уровня и качества оказанных услуг, применяемых технологий, квалификации медицинского персонала «Исполнителя».

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____2020 г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(двуплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность) общая стоимость: _____ руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
СТОИМОСТЬ:	**КОД**	**900529**	**900530**	**900531**
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.02***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта		***500003***		***500004***
	B01.047.001.01	***Первичный прием***		***Повторный прием***
		2 недели от постановки на учет		***30 недель***
		1		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***2 недели от постановки на учет***		
		1		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (2 плода)		***A04.30.008.02***	***A04.30.008.05***	***A04.30.008.08***
		Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		1	***1***	***1***
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока (2 плода)	***A04.30.001.05***		***1***	***1***
УЗИ плода в динамике (2 плода)	***A04.30.001.13***		***1***	***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (2 плода)	***A04.30.002.02***		***1***	***1***

Функц.диагностика:				
КТГ двойня	***A05.30.001.02***			***С 34 недели 1 раз в 10 дней***
				4
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***В первые 2 недели от постановки на учет***		
		1		
Анализы при постановке на учет:				
Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAb Combo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B Surface Antigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCV Total (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponema pallidum, суммарно (AntiTreponema pallidum IgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекции IgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasma gondii (AntiToxoplasma gondii IgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMV IgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	

Группа крови (Blood Group, AB0)	***93***	***1***		
Резуспринадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		
(При наличии на момент постановки на учет, подтвержденной группы крови и резус фактора (анализ сделан в сторонней организации и имеется выписка)	***140***	***1***		
Аллоиммунные антитела, включая антитела к Rhантигену (Anti Rh)				
Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) (Clinical Blood Analysis: General Blood Analysis, Leucocyte Formula, ESR (with Microscopic Examination of Blood Smear if Presence of	***1515***	***1***	***1***	***1***
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (Alanine Aminotransferase, ALT, Serum Glutamic Pyruvic Transaminase, SGPT)	***8***	***1***	***1***	***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, Serum Glutamicoxaloacetic Transaminase, SGOT)	***9***	***1***	***1***	***1***
Билирубин общий (Bilirubin Total)	***13***	***1***	***1***	***1***

Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(Direct Bilirubin, DBIL,Conjugated Bilirubin)	***14***	***1***	***1***	***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***	***1***	***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***	***1***	***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***	***1***	***1***
Общий белок (Protein Total)	***28***	***1***	***1***	***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***	***1***	***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, Glycated Hemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ (АПТВ), кефалинкаолиновое время) (Activated Partial Thromboplastin Time, APTT)	***1***	***1***	***1***	***1***
Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, Prothrombin Time, PT, International Normalized Ratio, INR)	***2МНО***	***1***	***1***	***1***
Фибриноген (Fibrinogen, FG)	***3***	***1***	***1***	***1***
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (Lupus Anticoagulant, LA)	***190***	***1***	***1***	***1***
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	***4***	***1***	***1***	***1***
Индуцированная агрегация тромбоцитов (Induced Platelet Aggregation)	***1154***	***1***	***1***	***1***
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (Thyroid Stimulating Hormone, TSH)	***56***	***1***		

Тироксин свободный (Т4 свободный) (Free Thyroxine, FT4)	***55***	***1***		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (Complete Urinalysis, Microscopic Examination)	***116***	***2***	***2***	***2***
Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (Urine Culture. Bacteria Identification and Antibiotic Susceptibility Testing)*	***441-Ф***	***1***		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (Gram Stain. Bacterioscopic Examination of Smear)	***445***	***1***		***1***
Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (The Bethesda System ?TBS) (CytologicalExaminationofCervicalEpitheliumwithDescriptiononTheBethesda System, TBS)	***505В***	***1***		
Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (Genitourinary Tract Culture. Bacteria Identification and Antibiotic Susceptibility Testing)*	***446-А(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonas vaginalis, трихомониаз) (Trichomonas vaginalis Culture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				

Хламидия (Chlamydia trachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydia trachomatis, DNA, Scrape of Urogenital Epithelial Cells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasma genitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasma genitalium, DNA, Scrape of Urogenital Epithelial Cells)*	***302УРО***	***1***		
Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, Scrape of Urogenital Epithelial Cells)*	***310УРО***	***1***		
Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, Scrape of Urogenital Epithelial Cells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***A11.20.002/A11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из переферической вены	***A11.12.009***	***2***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

МП

Приложение № 59
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Дополнительное соглашение
к Договору возмездного оказания медицинских услуг
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
у врача Шишкиной О.И.
(одноплодная беременность)

г. Новосибирск Дата г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД»,(коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85,

в лице генерального директора **Шишкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Гражданин (ка)

_____

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»,** с другой стороны, при совместном упоминании **«Стороны»,** заключили настоящий Дополнительное соглашение, к Договору возмездного оказания медицинских услуг, о нижеследующем:

потребителем услуг («Пациентом») по настоящему Дополнительному соглашению является:

_____

1. Предмет дополнительного соглашения

1.1. **«Заказчик»** поручает, а **«Исполнитель»** обязуется оказать **«Пациенту»** платную медицинскую услугу по программе, разработанной Исполнителем по «Ведению нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность), далее именуемая **«программа».**

1.2. Медицинские услуги, оказываемые **«Заказчику»** по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) включает в себя:

- проведению консультаций и наблюдение «Пациента», **с нормальным течением беременности до родов,** в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Дополнительным соглашением и приложениями к нему, являющихся неотъемлемой частью настоящего Дополнительного соглашения.

1.3. **«Заказчик»** обязуется оплатить оказываемые **Пациенту** медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Дополнительным соглашением.

1.4. Медицинские услуги, являющиеся предметом настоящего дополнительного соглашения, оказываются в срок с «_____» _____ 20___ г. по «___» _____ 20 ___ г.

Сроком окончания настоящего дополнительного соглашения, по соглашению сторон, является наступление времени доношенной беременности (38 неделя).

Срок оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению может быть изменен, по соглашению сторон.

1.5. Медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

1.6. Для оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению, **«Исполнитель»** вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

1.7. При оказании платных медицинских услуг согласно настоящего Дополнительного соглашения, объем услуг, оказываемых Пациенту и входящих в программу, определяется лечащим врачом, и является обязательным для пациента. Основанием для назначений является программа «Ведения нормально протекающей беременности» (Приложение №1), соответствующая требованиям законодательства при наблюдении физиологической беременности (без осложнений), разработанная на основе Приказа Министерства Здравоохранения и социального развития РФ № 662 от 14.09.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности».

1.8. Медицинские услуги по настоящему дополнительному соглашению оказываются в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик средств лечения.
Программа «Ведения нормально протекающей беременности» соответствует установленным Минздравом РФ стандартам (приказ № 573 н от 01.11.2012 г.) и рассчитана на течение не осложненной одноплодной беременности.
1.9. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) осложнений течения беременности, которые могут причинить вред здоровью «Пациента».
Основные возможные осложнения: невынашивание беременности, кровотечение, перинатальные поражения плода, преэклампсия, антенатальная гибель плода.
1.10. В связи с тем, что вышеперечисленные осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

2. Стоимость и порядок оплаты услуг

2.1. Стоимость фактически оказываемых **«Пациенту»** медицинских услуг, включенных в программу «Ведение нормально протекающей беременности» (при одноплодной беременности), установлена в Приложении 1 к настоящему Дополнительному соглашению**, и включает в себя:**
- оплату ведения нормальной протекающей беременности **первый триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **второй триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **третий триместр;**

2.2. Оплата программы предусматривает как единовременную оплату всей денежной суммы, указанной в п. 2.1 настоящего дополнительного соглашения, в день его заключения сторонами, так и возможность оплаты по триместрам.
2.3. В случае оплаты Заказчиком оказываемых по программе «Ведение нормально протекающей беременности» услуг частями, первая часть, оплачивается в день заключения настоящего дополнительного соглашения, вторая и третья части в день очередного приема врача либо выполнения иной медицинской услугу включенной в программу, выпадающей на начало второго и третьего триместров.
2.4. Оказание медицинских услуг «Исполнителем» осуществляется только после поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет «Исполнителя».
2.5. В случае, если по медицинским показаниям Пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не входящие в объем программы, то стоимость дополнительных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определяется согласно действующим тарифам исполнителя, в момент фактического оказания медицинской услуги. При этом оплата дополнительных медицинских услуг пациентом производится в день фактического получения дополнительной медицинской услуги.
2.6. Стороны договорились, что по завершении каждого триместра (1 и 2 триместров), в день очередного приема Пациента у своего лечащего врача, стороны подписывают Акт приема передачи оказанных услуг (приложение 3 к настоящему договору).
В случае уклонения Пациента от подписания Акта приема передачи услуг, в установленный сторонами период, Исполнитель составляет и подписывает указанный акт приема передачи в одностороннем порядке.
Составленный и подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи, с указанием в нем причины одностороннего подписания хранится в карточке Пациента.
По завершении 3-го триместра акт приема передачи оказанных услуг подписывается на очередном приеме (входящем в программу «Ведение нормально протекающей беременности), после родов (
При этом Пациент должен посетить лечащего врача Исполнителя в срок, не превышающий 1-го месяца, с момента родов.
В случае уклонения Пациента от посещения лечащего врача по завершении третьего триместра и родов, акт приема передачи оказанных услуг подписывается Исполнителем по истечении 1-го месяца от установленной в карточке пациента плановой даты родов.
Подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи с указание причин его одностороннего подписания, хранится в карточке Пациента.

3. Условия дополнительного соглашения

3.1. Настоящим Дополнительным соглашением не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: патология плода, особо опасные инфекции, врожденные пороки, аномалии развития, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, онкологические заболевания, тяжелые соматические заболевания; психические заболевания (шизофрения и т.п., системные заболевания соединительной ткани, венерические заболевания,

ВИЧ инфекция, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», травмы всех видов и прочие заболевания, либо связанные с ними осложнения.
3.2. Предоставление услуг по настоящему дополнительному соглашению производится в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру «Исполнителя» лично или посредством телефонной связи.
3.4. Ведущим лечащим врачом (далее Врач) Пациента является Шишкина Ольга Игоревна, специальность врача акушер-гинеколог, тел. для связи 8 (383) 209-24-29.
3.5. «Исполнитель» оставляет за собой право смены Врача, в случае его отсутствия по болезни, в период командировки, обучения, а также в случае расторжения с ним Договора об оказании услуг (расторжения трудового договора по основаниям трудового законодательства) или по другим причинам, которые приводят к объективной невозможности последнего осуществлять исполнение обязательств по настоящему Дополнительному соглашению.
3.6. План наблюдения Пациента формируется врачом, исходя из базовых требований, особенностей течения беременности и времени начала наблюдения.
3.7. Срок беременности при постановке на учет (на момент заключения дополнительного соглашения) - ____ неделя.

4. Права и обязанности сторон

4.1. **«Исполнитель» обязуется**

4.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренной Программой.
4.1.2. Информировать Пациента о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.
4.1.3. Информировать Пациента по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий, не входящих в Программу.
4.1.4. Обеспечить соблюдение медицинской тайны о Пациенте, а также не передавать персональные данные Пациента третьим лицам, без его согласия, за исключение случаев, установленных действующим российским законодательством.
4.1.5. Обеспечить ведение медицинской документации и архивирование в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. **«Исполнитель» вправе**

4.2.1. Отказать Пациенту в предоставлении платных медицинских услуг, с расторжением в одностороннем порядке настоящего Дополнительного соглашения, в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, а также в случае систематической (более 2-х раз подряд), неявки на плановые приемы к лечащему врачу, согласно программы.
4.2.2. Рекомендовать проведение дополнительных консультаций в других лечебных учреждениях г. Новосибирска

4.3. Пациент обязуется

4.3.1. Следовать всем указаниям, требованиям, назначениям врача, полученным в рамках настоящего дополнительного соглашения.
4.3.2. Выполнять график посещений, оговоренный в программе наблюдения за беременностью лечащим врачом согласно программе;
4.3.3. Выполнять требования лечащего врача и соответствующих специалистов по срокам явок на осмотр и проведения обследований и анализов;
4.3.4. Четко выполнять рекомендации лечащего врача и соответствующих специалистов по лечению, обследованию и госпитализации (в случае необходимости).
Производить рекомендуемое лечащим врачом лечение и прием медикаментом для профилактики возможных осложнений;
4.3.5. Своевременно оплачивать стоимость медицинских слуг «Исполнителя;
4.3.6. В случае каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться к Главному врачу «Исполнителя» с соответствующим письменным заявлением.
4.3.7. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Пациент обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Главного врача, по форме, согласно Приложения 2 к настоящему Дополнительному Соглашению.
4.3.8. Все исследования по Программе, назначаемые лечащим врачом Пациента, должны быть проведены Пациентом в установленные сроки непосредственно у «Исполнителя».

В случае, если Пациент обращается для проведения назначенных по Программе исследований в другие медицинские учреждения, перерасчет и возврат денежных средств, оплаченных по настоящему Дополнительному соглашению, не производится.
4.3.9. Пациент обязан, при невозможности посещения специалиста в назначенный день, не менее чем за 3 часа предупредить администратора по телефону о своей неявке.
При этом неявка Пациента на плановый визит без предварительного уведомления, клиника оставляет за собой право определять дату и время очередного приема самостоятельно;

4.4. **Пациент имеет право**

4.4.1. На полную и всестороннюю информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях.
4.4.2. Получать квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Дополнительного соглашения.
4.4.3. Получить в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В случаях неблагоприятного прогноза развития плода информация должна сообщаться в деликатной форме Пациенту и членам его семьи, если Пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.
4.4.4. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов.

5. Досрочное расторжение дополнительного соглашения

5.1. Настоящее дополнительное соглашение может быть расторгнуто Пациентом по собственной инициативе, а также в случае прекращения беременности. При этом, Пациенту возвращаются оплаченные им денежные средства в следующих размерах:
5.1.1. При расторжении настоящего Дополнительного соглашения **в случае досрочного прекращения беременности**, возврату подлежат денежные средства исключительно за периоды, в течение которых медицинские услуги фактически Пациентом получены не были.
Срок возврата денежных средств установлен сторонами: в течение 1-го календарного месяца, с момента поступления от Пациента письменного заявления о расторжении.
При этом Пациент обязан своевременно (в срок, не превышающий 2-х недель с момента досрочного прекращения беременности) подать письменное заявление, с указанием причин досрочного расторжения настоящего Дополнительного соглашения и медицинского документа (справка, выписки), подтверждающей досрочное прекращение беременности Пациента.
5.1.2. Возврат денежных средств за периоды, в течение которых Пациенту оказывались медицинские услуги «Исполнителем», при досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, не производится.
5.1.3. При досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, стороны составляют и подписывают Соглашение о расторжении настоящего Дополнительного соглашения (приложение 4, либо приложение 6 к настоящему дополнительному соглашению) и Акт оказанных медицинских услуг (приложение 5).
При уклонении Пациента от подписания Соглашения о расторжении настоящего Дополнительного соглашения и Акта оказанных медицинских Исполнитель составляет и подписывает указанные документы в одностороннем порядке, в течение 2-х недель, с момента уведомления Пациента о своем желании произвести Досрочное расторжение Дополнительное соглашение и уклонении от подписания вышеуказанных документов.
Составленные и подписанные в одностороннем порядке документы, с указание причин из одностороннего составления, находятся в карточке Пациента.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего дополнительного соглашения одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.
6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Дополнительного соглашения.
6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Это обстоятельства, которые в соответствии с действующим законодательством признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми.
Также Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и

практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций и/или требований лечащего врача, а также в случае нарушения Пациентом исполнения настоящего Дополнительного соглашения, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность из завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и/или на развитие беременности Пациента.

7. Порядок разрешения споров

7.1. К правоотношениям сторон в случае наличия спора по исполнению настоящего Дополнительного соглашения, применяются все правила, установленные Договором возмездного оказания медицинских услуг, ранее заключенного сторонами.

7.2. В случае возникновения разногласий по исполнению сторонами настоящего дополнительного соглашения, стороны руководствуются правилами, ранее предусмотренными Договором возмездного оказания медицинских услуг, раздел 8, в полном объеме.

8. Прочие условия

8.1. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Дополнительного соглашения может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи Генерального директора «Исполнителя», с помощью средств механического или иного копирования собственной подписи ответственного лица.

8.2. Пациент уведомлен, что в процессе оказания услуг по настоящему Дополнительному соглашению, существует риск осложнений, независящий от уровня и качества оказанных услуг, применяемых технологий, квалификации медицинского персонала «Исполнителя».

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____2020 г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
у врача акушера-гинеколога Шишкиной Ольги Игоревны
(одноплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) общая стоимость: руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
	КОД	**900538**	**900539**	**900540**
СТОИМОСТЬ:				
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.02***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта		***1***		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***1***		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (1 плод)		***Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)***	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		A04.30.008.01	***A04.30.008.04***	***A04.30.008.07***
		1	***1***	***1***
УЗ цервикометрия	***A04.30.001.07***		***1***	
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока	***A04.30.002.01***		***1***	***1***
УЗИ плода в динамике	***A04.30.008.07***			***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода	***A04.30.002.01***		***1***	***1***
Функц.диагностика:				

КТГ	***A05.30.001.01***			***5***
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***5***		
Анализы при постановке на учет:				
Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAbCombo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B SurfaceAntigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCVTotal (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponemapallidum, суммарно (AntiTreponemapallidumIgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекцииIgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasmagondii (AntiToxoplasmagondiiIgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMVIgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	

Группа крови (BloodGroup, AB0)	***93***	***1***		
Резус-принадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		
(При наличии на момент постановки на учет, подтвержденной группы крови и резус фактора (анализ сделан в сторонней организации и имеется выписка)	***140***	***1***		
Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) (ClinicalBloodAnalysis: GeneralBloodAnalysis, LeucocyteFormula, ESR (withMicroscopicExaminationofBloodSmearifPresenceof	***1515***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (AlanineAminotransferase, ALT, SerumGlutamicPyruvicTransaminase, SGPT)	***8***	***1***		***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, SerumGlutamicoxaloaceticTransaminase, SGOT)	***9***	***1***		***1***

Билирубин общий (BilirubinTotal)	***13***	***1***		***1***
Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(DirectBilirubin, DBIL,ConjugatedBilirubin)	***14***	***1***		***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***		***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***		***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***		***1***
Общий белок (ProteinTotal)	***28***	***1***		***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***		***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, GlycatedHemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ (АПТВ), кефалинкаолиновое время) (ActivatedPartialThromboplastinTime, APTT)	***1***	***1***		***1***
Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, ProthrombinTime, PT, InternationalNormalizedRatio, INR)	***2МНО***	***1***		***1***

Фибриноген (Fibrinogen, FG)	***3***	***1***		***1***
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (LupusAnticoagulant, LA)	***190***	***1***		***1***
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	***4***	***1***		***1***
Индуцированная агрегация тромбоцитов (InducedPlateletAggregation)	***1154***	***1***		***1***
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (ThyroidStimulatingHormone, TSH)	***56***	***1***		
Тироксин свободный (Т4 свободный) (FreeThyroxine, FT4)	***55***	***1***		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (CompleteUrinalysis, MicroscopicExamination)	***116***	***2***	***2***	***2***
Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (UrineCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***441-Ф***	***1***		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (GramStain. BacterioscopicExaminationofSmear)	***445***	***1***		***1***

Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (TheBethesdaSystem ?TBS) (Cytological Examination of Cervical Epithelium with Description on The Bethesda System, TBS)	***505В***	***1***		
Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (GenitourinaryTractCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***446-А(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonasvaginalis, трихомониаз) (TrichomonasvaginalisCulture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				
Хламидия (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydiatrachomatis, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasmagenitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasmagenitalium, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***302УРО***	***1***		
Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***310УРО***	***1***		

Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***A11.20.002/ A11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из периферической вены	***A11.12.009***	***1***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

_____ **:**

МП

Приложение № 60
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Дополнительное соглашение
к Договору возмездного оказания медицинских услуг
по программе «Ведение нормально протекающей беременности» у врача Шишкиной О.И.
(многоплодная беременность)

г. Новосибирск Дата г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД»,(коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0005729 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85,

в лице генерального директора **Шишкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Гражданин (ка)

_____
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»,** с другой стороны, при совместном упоминании **«Стороны»,** заключили настоящий Дополнительное соглашение, к Договору возмездного оказания медицинских услуг, о нижеследующем:

потребителем услуг («Пациентом») по настоящему Дополнительному соглашению является:

_____

1. Предмет дополнительного соглашения

1.1. **«Заказчик»** поручает, а **«Исполнитель»** обязуется оказать **«Пациенту»** платную медицинскую услугу по программе, разработанной Исполнителем по «Ведению нормально протекающей беременности» (многоплодная беременность), далее именуемая **«программа».**

1.2. Медицинские услуги, оказываемые **«Заказчику»** по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (многоплрдная беременность) включает в себя:

- проведению консультаций и наблюдение «Пациента», **с нормальным течением беременности до родов,** в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Дополнительным соглашением и приложениями к нему, являющихся неотъемлемой частью настоящего Дополнительного соглашения.

1.3. **«Заказчик»** обязуется оплатить оказываемые **Пациенту** медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Дополнительным соглашением.

1.4. Медицинские услуги, являющиеся предметом настоящего дополнительного соглашения, оказываются в срок с «_____» _____ 20___ г. по «___» _____ 20 ___ г.

Сроком окончания настоящего дополнительного соглашения, по соглашению сторон, является наступление времени доношенной беременности (38 неделя).

Срок оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению может быть изменен, по соглашению сторон.

1.5. Медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

1.6. Для оказания медицинских услуг по настоящему Дополнительному соглашению, **«Исполнитель»** вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

1.7. При оказании платных медицинских услуг согласно настоящего Дополнительного соглашения, объем услуг, оказываемых Пациенту и входящих в программу, определяется лечащим врачом, и является обязательным для пациента. Основанием для назначений является программа «Ведения нормально протекающей беременности» (Приложение №1), соответствующая требованиям законодательства при наблюдении физиологической беременности (без осложнений), разработанная на основе Приказа Министерства

Здравоохранения и социального развития РФ № 662 от 14.09.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности».
1.8. Медицинские услуги по настоящему дополнительному соглашению оказываются в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик средств лечения.
Программа «Ведения нормально протекающей беременности» соответствует установленным Минздравом РФ стандартам (приказ № 573 н от 01.11.2012 г.) и рассчитана на течение не осложненной двуплодной беременности.
1.9. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) осложнений течения беременности, которые могут причинить вред здоровью «Пациента».
Основные возможные осложнения: невынашивание беременности, кровотечение, перинатальные поражения плода, преэклампсия, антенатальная гибель плода.
1.10. В связи с тем, что вышеперечисленные осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

2. Стоимость и порядок оплаты услуг

2.1. Стоимость фактически оказываемых **«Пациенту»** медицинских услуг, включенных в программу «Ведение нормально протекающей беременности» (при многоплодная беременности), установлена в Приложении 1 к настоящему Дополнительному соглашению**, и включает в себя:**
- оплату ведения нормальной протекающей беременности **первый триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **второй триместр;**
- оплату ведения нормально протекающей беременности **третий триместр;**

2.2. Оплата программы предусматривает как единовременную оплату всей денежной суммы, указанной в п. 2.1 настоящего дополнительного соглашения, в день его заключения сторонами, так и возможность оплаты по триместрам.
2.3. В случае оплаты Заказчиком оказываемых по программе «Ведение нормально протекающей беременности» услуг частями, первая часть, оплачивается в день заключения настоящего дополнительного соглашения, вторая и третья части в день очередного приема врача либо выполнения иной медицинской услугу включенной в программу, выпадающей на начало второго и третьего триместров.
2.4. Оказание медицинских услуг «Исполнителем» осуществляется только после поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет «Исполнителя».
2.5. В случае, если по медицинским показаниям Пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не входящие в объем программы, то стоимость дополнительных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определяется согласно действующим тарифам исполнителя, в момент фактического оказания медицинской услуги. При этом оплата дополнительных медицинских услуг пациентом производится в день фактического получения дополнительной медицинской услуги.
2.6. Стороны договорились, что по завершении каждого триместра (1 и 2 триместров), в день очередного приема Пациента у своего лечащего врача, стороны подписывают Акт приема передачи оказанных услуг (приложение 3 к настоящему договору).
В случае уклонения Пациента от подписания Акта приема передачи услуг, в установленный сторонами период, Исполнитель составляет и подписывает указанный акт приема передачи в одностороннем порядке.
Составленный и подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи, с указанием в нем причины одностороннего подписания хранится в карточке Пациента.
По завершении 3-го триместра акт приема передачи оказанных услуг подписывается на очередном приеме (входящем в программу «Ведение нормально протекающей беременности), после родов.
При этом Пациент должен посетить лечащего врача Исполнителя в срок, не превышающий 1-го месяца, с момента родов.
В случае уклонения Пациента от посещения лечащего врача по завершении третьего триместра и родов, акт приема передачи оказанных услуг подписывается Исполнителем по истечении 1-го месяца от установленной в карточке пациента плановой даты родов.
Подписанный в одностороннем порядке акт приема передачи с указание причин его одностороннего подписания, хранится в карточке Пациента.

3. Условия дополнительного соглашения

3.1. Настоящим Дополнительным соглашением не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: патология плода, особо опасные инфекции, врожденные пороки, аномалии развития, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, онкологические заболевания, тяжелые соматические заболевания; психические

заболевания (шизофрения и т.п., системные заболевания соединительной ткани, венерические заболевания, ВИЧ инфекция, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», травмы всех видов и прочие заболевания, либо связанные с ними осложнения.
3.2. Предоставление услуг по настоящему дополнительному соглашению производится в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру «Исполнителя» лично или посредством телефонной связи.
3.4. Ведущим лечащим врачом (далее Врач) Пациента является Шишкина Ольга Игоревна, специальность врача акушер-гинеколог, тел. для связи 8 (383) 209-24-29.
3.5. «Исполнитель» оставляет за собой право смены Врача, в случае его отсутствия по болезни, в период командировки, обучения, а также в случае расторжения с ним Договора об оказании услуг (расторжения трудового договора по основаниям трудового законодательства) или по другим причинам, которые приводят к объективной невозможности последнего осуществлять исполнение обязательств по настоящему Дополнительному соглашению.
3.6. План наблюдения Пациента формируется врачом, исходя из базовых требований, особенностей течения беременности и времени начала наблюдения.
3.7. Срок беременности при постановке на учет (на момент заключения дополнительного соглашения) - ____ неделя.

4. Права и обязанности сторон

4.1. **«Исполнитель» обязуется**

4.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных и прочих мероприятий в объеме и на условиях, предусмотренной Программой.
4.1.2. Информировать Пациента о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.
4.1.3. Информировать Пациента по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий, не входящих в Программу.
4.1.4. Обеспечить соблюдение медицинской тайны о Пациенте, а также не передавать персональные данные Пациента третьим лицам, без его согласия, за исключение случаев, установленных действующим российским законодательством.
4.1.5. Обеспечить ведение медицинской документации и архивирование в соответствии с действующим российским законодательством.

4.2. **«Исполнитель» вправе**

4.2.1. Отказать Пациенту в предоставлении платных медицинских услуг, с расторжением в одностороннем порядке настоящего Дополнительного соглашения, в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача, а также в случае систематической (более 2-х раз подряд), неявки на плановые приемы к лечащему врачу, согласно программы.
4.2.2. Рекомендовать проведение дополнительных консультаций в других лечебных учреждениях г. Новосибирска

4.3. Пациент обязуется

4.3.1. Следовать всем указаниям, требованиям, назначениям врача, полученным в рамках настоящего дополнительного соглашения.
4.3.2. Выполнять график посещений, оговоренный в программе наблюдения за беременностью лечащим врачом согласно программе;
4.3.3. Выполнять требования лечащего врача и соответствующих специалистов по срокам явок на осмотр и проведения обследований и анализов;
4.3.4. Четко выполнять рекомендации лечащего врача и соответствующих специалистов по лечению, обследованию и госпитализации (в случае необходимости).
Производить рекомендуемое лечащим врачом лечение и прием медикаментом для профилактики возможных осложнений;
4.3.5. Своевременно оплачивать стоимость медицинских слуг «Исполнителя;
4.3.6. В случае каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться к Главному врачу «Исполнителя» с соответствующим письменным заявлением.
4.3.7. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Пациент обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Главного врача, по форме, согласно Приложения 2 к настоящему Дополнительному Соглашению.

4.3.8. Все исследования по Программе, назначаемые лечащим врачом Пациента, должны быть проведены Пациентом в установленные сроки непосредственно у «Исполнителя».
В случае, если Пациент обращается для проведения назначенных по Программе исследований в другие медицинские учреждения, перерасчет и возврат денежных средств, оплаченных по настоящему Дополнительному соглашению, не производится.
4.3.9. Пациент обязан, при невозможности посещения специалиста в назначенный день, не менее чем за 3 часа предупредить администратора по телефону о своей неявке.
При этом неявка Пациента на плановый визит без предварительного уведомления, клиника оставляет за собой право определять дату и время очередного приема самостоятельно;

4.4. **Пациент имеет право**

4.4.1. На полную и всестороннюю информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях.
4.4.2. Получать квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Дополнительного соглашения.
4.4.3. Получить в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В случаях неблагоприятного прогноза развития плода информация должна сообщаться в деликатной форме Пациенту и членам его семьи, если Пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.
4.4.4. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов.

5. Досрочное расторжение дополнительного соглашения

5.1. Настоящее дополнительное соглашение может быть расторгнуто Пациентом по собственной инициативе, а также в случае прекращения беременности. При этом, Пациенту возвращаются оплаченные им денежные средства в следующих размерах:
5.1.1. При расторжении настоящего Дополнительного соглашения **в случае досрочного прекращения беременности**, возврату подлежат денежные средства исключительно за периоды, в течение которых медицинские услуги фактически Пациентом получены не были.
Срок возврата денежных средств установлен сторонами: в течение 1-го календарного месяца, с момента поступления от Пациента письменного заявления о расторжении.
При этом Пациент обязан своевременно (в срок, не превышающий 2-х недель с момента досрочного прекращения беременности) подать письменное заявление, с указанием причин досрочного расторжения настоящего Дополнительного соглашения и медицинского документа (справка, выписки), подтверждающей досрочное прекращение беременности Пациента.
5.1.2. Возврат денежных средств за периоды, в течение которых Пациенту оказывались медицинские услуги «Исполнителем», при досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, не производится.
5.1.3. При досрочном расторжении настоящего Дополнительного соглашения, стороны составляют и подписывают Соглашение о расторжении настоящего Дополнительного соглашения (приложение 4, либо приложение 6 к настоящему дополнительному соглашению) и Акт оказанных медицинских услуг (приложение 5).
При уклонении Пациента от подписания Соглашения о расторжении настоящего Дополнительного соглашения и Акта оказанных медицинских Исполнитель составляет и подписывает указанные документы в одностороннем порядке, в течение 2-х недель, с момента уведомления Пациента о своем желании произвести Досрочное расторжение Дополнительное соглашение и уклонении от подписания вышеуказанных документов.
Составленные и подписанные в одностороннем порядке документы, с указание причин из одностороннего составления, находятся в карточке Пациента.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего дополнительного соглашения одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.
6.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Дополнительного соглашения.
6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Это обстоятельства, которые в соответствии с действующим законодательством признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми.

Также Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций и/или требований лечащего врача, а также в случае нарушения Пациентом исполнения настоящего Дополнительного соглашения, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность из завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и/или на развитие беременности Пациента.

7. Порядок разрешения споров

7.1. К правоотношениям сторон в случае наличия спора по исполнению настоящего Дополнительного соглашения, применяются все правила, установленные Договором возмездного оказания медицинских услуг, ранее заключенного сторонами.

7.2. В случае возникновения разногласий по исполнению сторонами настоящего дополнительного соглашения, стороны руководствуются правилами, ранее предусмотренными Договором возмездного оказания медицинских услуг, раздел 8, в полном объеме.

8. Прочие условия

8.1. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Дополнительного соглашения может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи Генерального директора «Исполнителя», с помощью средств механического или иного копирования собственной подписи ответственного лица.

8.2. Пациент уведомлен, что в процессе оказания услуг по настоящему Дополнительному соглашению, существует риск осложнений, независящий от уровня и качества оказанных услуг, применяемых технологий, квалификации медицинского персонала «Исполнителя».

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____202__г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(двуплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность) общая стоимость: руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
КОД	**КОД**	**900529**	**900530**	**900531**
СТОИМОСТЬ:				
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.02***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта	**B01.047.001.01**	***1***		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***1***		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (2 плода)		***A04.30.008.02***	***A04.30.008.05***	***A04.30.008.08***
		Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		1	***1***	***1***
Фетометрия (узи плода в динамике 2 плода)	***A04.30.001.13***		***1***	***1***
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока (2 плода)	***A04.30.001.05***		***1***	***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (2 плода)	***A04.30.002.02***		***1***	***1***
Функц.диагностика:				
КТГ двойня	***A05.30.001.02***			***4***
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***1***		
Анализы при постановке на учет:				

Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAbCombo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B SurfaceAntigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCVTotal (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponemapallidum, суммарно (AntiTreponemapallidumIgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекцииIgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasmagondii (AntiToxoplasmagondiiIgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMVIgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	
Группа крови (BloodGroup, AB0)	***93***	***1***		
Резуспринадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		
Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов)	***1515***	***1***	***1***	***1***

(ClinicalBloodAnalysis: GeneralBloodAnalysis, LeucocyteFormula, ESR (withMicroscopicExaminationofBlood SmearifPresenceof				
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (AlanineAminotransferase, ALT, SerumGlutamicPyruvicTransaminase, SGPT)	***8***	***1***	***1***	***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, SerumGlutamicoxaloaceticTransaminase, SGOT)	***9***	***1***	***1***	***1***
Билирубин общий (BilirubinTotal)	***13***	***1***	***1***	***1***
Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(Direct Bilirubin, DBIL,ConjugatedBilirubin)	***14***	***1***	***1***	***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***	***1***	***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***	***1***	***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***	***1***	***1***
Общий белок (ProteinTotal)	***28***	***1***	***1***	***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***	***1***	***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, GlycatedHemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ (АПТВ), кефалинкаолиновое время) (ActivatedPartialThromboplastinTime, APTT)	***1***	***1***	***1***	***1***

Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, ProthrombinTime, PT, InternationalNormalizedRatio, INR)	***2МНО***	***1***	***1***	***1***
Фибриноген (Fibrinogen, FG)	***3***	***1***	***1***	***1***
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (LupusAnticoagulant, LA)	***190***	***1***		***1***
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	***4***	***1***	***1***	***1***
Индуцированная агрегация тромбоцитов (InducedPlateletAggregation)	***1154***	***1***		***1***
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (ThyroidStimulatingHormone, TSH)	***56***	***1***		
Тироксин свободный (Т4 свободный) (FreeThyroxine, FT4)	***55***	***1***		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (CompleteUrinalysis, MicroscopicExamination)	***116***	***2***	***2***	***2***
Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (UrineCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***441-Ф***	***1***		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (GramStain. BacterioscopicExaminationofSmear)	***445***	***1***		***1***
Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (TheBethesdaSystem ?TBS) (Cytological Examination of Cervical Epithelium with Description on The Bethesda System, TBS)	***505В***	***1***		

Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (GenitourinaryTractCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***446-А(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonasvaginalis, трихомониаз) (TrichomonasvaginalisCulture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				
Хламидия (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydiatrachomatis, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasmagenitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasmagenitalium, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***302УРО***	***1***		
Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***310УРО***	***1***		
Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***А11.20.002/А11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из переферической вены	***А11.12.009***	***2***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

МП

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____202__г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(3 плода) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность) общая стоимость: руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
КОД	**КОД**	**900554**	**900555**	**900556**
СТОИМОСТЬ:				
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.02***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта	**B01.047.001.01**	***1***		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***1***		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (3 плода)		***A04.30.008.03***	***A04.30.008.06***	***A04.30.008.09***
		Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		1	***1***	***1***
Фетометрия (узи плода в динамике 3 плода)	***A04.30.001.14***		***1***	***1***
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока (3 плода)	***A04.30.001.06***		***1***	***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (3 плода)	***A04.30.002.03***		***1***	***1***
Функц.диагностика:				
КТГ тройня	***A05.30.001.03***			***4***
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***1***		

Анализы при постановке на учет:				
Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAbCombo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B SurfaceAntigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCVTotal (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponemapallidum, суммарно (AntiTreponemapallidumIgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекцииIgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasmagondii (AntiToxoplasmagondiiIgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMVIgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	
Группа крови (BloodGroup, AB0)	***93***	***1***		
Резуспринадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		

Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов) (ClinicalBloodAnalysis: GeneralBloodAnalysis, LeucocyteFormula, ESR (withMicroscopicExaminationofBlood SmearifPresenceof	***1515***	***1***	***1***	***1***
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (AlanineAminotransferase, ALT, SerumGlutamicPyruvicTransaminase, SGPT)	***8***	***1***	***1***	***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, SerumGlutamicoxaloaceticTransaminase, SGOT)	***9***	***1***	***1***	***1***
Билирубин общий (BilirubinTotal)	***13***	***1***	***1***	***1***
Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(Direct Bilirubin, DBIL,ConjugatedBilirubin)	***14***	***1***	***1***	***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***	***1***	***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***	***1***	***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***	***1***	***1***
Общий белок (ProteinTotal)	***28***	***1***	***1***	***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***	***1***	***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, GlycatedHemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ	***1***	***1***	***1***	***1***

(АПТВ), кефалинкаолиновое время) (ActivatedPartialThromboplastinTime, APTT)				
Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, ProthrombinTime, PT, InternationalNormalizedRatio, INR)	*2МНО*	*1*	*1*	*1*
Фибриноген (Fibrinogen, FG)	*3*	*1*	*1*	*1*
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (LupusAnticoagulant, LA)	*190*	*1*		*1*
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	*4*	*1*	*1*	*1*
Индуцированная агрегация тромбоцитов (InducedPlateletAggregation)	*1154*	*1*		*1*
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (ThyroidStimulatingHormone, TSH)	*56*	*1*		
Тироксин свободный (Т4 свободный) (FreeThyroxine, FT4)	*55*	*1*		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (CompleteUrinalysis, MicroscopicExamination)	*116*	*2*	*2*	*2*
*Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (UrineCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)**	*441-Ф*	*1*		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (GramStain. BacterioscopicExaminationofSmear)	*445*	*1*		*1*
Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (TheBethesdaSystem ?TBS) (Cytological Examination of Cervical Epithelium with Description on The Bethesda System, TBS)	*505В*	*1*		

Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (GenitourinaryTractCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***446-А(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonasvaginalis, трихомониаз) (TrichomonasvaginalisCulture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				
Хламидия (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydiatrachomatis, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasmagenitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasmagenitalium, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***302УРО***	***1***		
Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***310УРО***	***1***		
Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***А11.20.002/А11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из переферической вены	***А11.12.009***	***2***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

МП

Приложение 1
К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____202__г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(3 плода) ООО «ЦРТ-МЕД»

Программа «Ведения нормально протекающей беременности» (двуплодная беременность) общая стоимость: руб.				
		1 трим.	**2 трим.**	**3 трим.**
КОД	**КОД**	**900554**	**900555**	**900556**
СТОИМОСТЬ:				
Приемы:				
Прием по беременности	***B01.001.005.02***	***3***	***5***	***6***
Прием терапевта	**B01.047.001.01**	***1***		***1***
Прием офтальмолог	***B01.029.001***	***1***		
УЗИ исследования:				
УЗИ плода в режиме 3 D (3 плода)		***A04.30.008.03***	***A04.30.008.06***	***A04.30.008.09***
		Первый УЗИ скрининг (12-14 недель)	***Второй УЗИ скрининг (20-21 недель)***	***УЗИ плода (32-34 недель)***
		1	***1***	***1***
Фетометрия (узи плода в динамике 3 плода)	***A04.30.001.14***		***1***	***1***
Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока (3 плода)	***A04.30.001.06***		***1***	***1***
УЗИ сердца плода - ЭХО-КС/Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода (3 плода)	***A04.30.002.03***		***1***	***1***
Функц.диагностика:				
КТГ тройня	***A05.30.001.03***			***4***
Регистрация ЭКГ, расшифровка, интерпритация данных	***A05.10.006***	***1***		
Анализы при постановке на учет:				

Антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 и 2 (HIV AgAbCombo)	***68***	***1***		***2***
HBsантиген вируса гепатита В (HBsантиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген), качественный тест (HBsAg, Hepatitis B SurfaceAntigen, Qualitative)	***73***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к вирусу гепатита С, суммарно (AntiHCVTotal (IgG + IgM))*	***79***	***1***		***1***
Антитела классов IgM и IgG к Treponemapallidum, суммарно (AntiTreponemapallidumIgM, IgG, Total)	***70***	***1***		***2***
Комплекс исследований на TORCHинфекцииIgGIgM, авидность	***1TORCH***	***1***		
Антитела класса IgM к Toxoplasmagondii (AntiToxoplasmagondiiIgM)	***81***		***1***	
Антитела класса IgM к цитомегаловирусу (AntiCMVIgM)	***83***		***1***	
Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (AntiHSV1, 2 IgM)	***123***		***1***	
Группа крови (BloodGroup, AB0)	***93***	***1***		
Резуспринадлежность (резусфактор) (Rhfactor, Rh)	***94***	***1***		
Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоформула, СОЭ (с микроскопией мазка крови при наличии патологических сдвигов)	***1515***	***1***	***1***	***1***

(ClinicalBloodAnalysis: GeneralBloodAnalysis, LeucocyteFormula, ESR (withMicroscopicExaminationofBlood SmearifPresenceof				
Ферритин (Ferritin)	***51***	***1***	***1***	***1***
Биохимический анализ крови:				
Аланинаминотрансфераза (АлАТ, АЛТ, глутаминопировиноградная трансаминаза, Т) (AlanineAminotransferase, ALT, SerumGlutamicPyruvicTransaminase, SGPT)	***8***	***1***	***1***	***1***
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ, АСТ, глутаминощавелевоуксусная трансаминаза, ГЩТ) (Aspartateaminotransferase, AST, SerumGlutamicoxaloaceticTransaminase, SGOT)	***9***	***1***	***1***	***1***
Билирубин общий (BilirubinTotal)	***13***	***1***	***1***	***1***
Билирубин прямой (Билирубин конъюгированный,связанный)(Direct Bilirubin, DBIL,ConjugatedBilirubin)	***14***	***1***	***1***	***1***
Креатинин (Creatinine)	***22***	***1***	***1***	***1***
Мочевина (Urea)	***26***	***1***	***1***	***1***
Глюкоза (Glucose)	***16***	***1***	***1***	***1***
Общий белок (ProteinTotal)	***28***	***1***	***1***	***1***
Альбумин (Albumin)	***10***	***1***	***1***	***1***
Гликированный гемоглобин HbA1C (HbA1C, GlycatedHemoglobin, GHB)	***18***	***1***	***1***	
Гемостаз:				
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ (АПТВ), кефалинкаолиновое время) (ActivatedPartialThromboplastinTime, APTT)	***1***	***1***	***1***	***1***

Протромбин (протромбиновое время, ПВ), МНО (Международное нормализованное отношение) (Prothrombin, ProthrombinTime, PT, InternationalNormalizedRatio, INR)	***2МНО***	***1***	***1***	***1***
Фибриноген (Fibrinogen, FG)	***3***	***1***	***1***	***1***
Волчаночный антикоагулянт (ВА) (LupusAnticoagulant, LA)	***190***	***1***		***1***
Антитромбин III, % активности (АТ III, Antithrombin III, % Activity)	***4***	***1***	***1***	***1***
Индуцированная агрегация тромбоцитов (InducedPlateletAggregation)	***1154***	***1***		***1***
Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин) (ThyroidStimulatingHormone, TSH)	***56***	***1***		
Тироксин свободный (Т4 свободный) (FreeThyroxine, FT4)	***55***	***1***		
Анализ мочи общий (Анализ мочи общий с микроскопией осадка) (CompleteUrinalysis, MicroscopicExamination)	***116***	***2***	***2***	***2***
Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам (UrineCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***441-Ф***	***1***		
Мазки:				
Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Граму (GramStain. BacterioscopicExaminationofSmear)	***445***	***1***		***1***
Цитологическое исследование эпителия шейки матки с описанием по терминологической системе Бетесда (TheBethesdaSystem ?TBS) (Cytological Examination of Cervical Epithelium with Description on The Bethesda System, TBS)	***505В***	***1***		

Посев на микрофлору отделяемого половых органов, определение чувствительности к антимикробным препаратам (GenitourinaryTractCulture. BacteriaIdentificationandAntibioticSusceptibilityTesting)*	***446-А(НСК)***	***1***		***1***
Посев на влагалищную трихомонаду (Trichomonasvaginalis, трихомониаз) (TrichomonasvaginalisCulture)	***451***	***1***		
ПЦР на ИППП:				
Хламидия (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Chlamydiatrachomatis, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***301УРО***	***1***		
Микоплазма (Mycoplasmagenitalium), определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (Mycoplasmagenitalium, DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***302УРО***	***1***		
Цитомегаловирус, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (CMV DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***310УРО***	***1***		
Герпесвирус 1 и 2 типов, определение ДНК в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта (HSV1, 2 DNA, ScrapeofUrogenitalEpithelialCells)*	***309УРО***	***1***		
Взятие урогенетального мазка	***А11.20.002/А11.20.005***	***1***		***1***
Взятие крови из переферической вены	***А11.12.009***	***2***	***1***	***2***

«Исполнитель» ***«Пациент»***

МП

Приложение № 61
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Акт оказанных медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____ г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(одноплодная/многоплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Акт оказанных медицинских услуг (_____ триместр беременности)

г. Новосибирск Дата г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД», (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, ОГРН 1185476097124 от 26.11.2018 года

в лице генерального директора Шишкиной Ольгы Игоревны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

Граждан (ка) _____
(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, составили настоящий Акт об оказании услуг (далее - Акт) к Дополнительному соглашению к Договору возмездного оказания медицинских услуг от _____ 2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (далее Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Во исполнение Дополнительного соглашения к Договору возмездного оказания услуг от _____ 2022 г. по программе нормально протекающей беременности» Исполнитель в период с "___"_____ ____ г. по "___"_____ ____ г. оказал медицинские услуги, предусмотренные согласно Приложения 1 к Дополнительному соглашению за ____ триместр беременности.

2. Полученные медицинские услуги оказаны согласно Дополнительного соглашения своевременно в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором и действующим законодательством к их качеству. Заказчик/Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для Исполнителя и Заказчика.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:

БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 62
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Акт оказанных медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность)

К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____2022 г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(одноплодная/двуплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

Акт оказанных медицинских услуг по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность)

г. Новосибирск **_____ 2022 г.**

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД», (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, ОГРН 1185476097124 от 26.11.2018 года,

в лице генерального директора **Шищкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Граждан
(ка)_____
(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, составили настоящий Акт об оказании услуг (далее - Акт) к Дополнительному соглашению к Договору возмездного оказания медицинских услуг от _____ 2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (далее –Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Во исполнение Дополнительного соглашения к Договору возмездного оказания услуг от _____ 2022 г. по программе нормально протекающей беременности» Исполнитель в период с "___"_____ ____ г. по "___"_____ ____ г. в полном объеме оказал медицинские услуги, предусмотренные согласно Приложения 1 к Дополнительному соглашению от _____2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность).

2. Полученные медицинские услуги оказаны, согласно Дополнительного соглашения своевременно в необходимом объеме и в соответствии с требованиями, установленными Договором и действующим законодательством к их качеству. Заказчик/Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для Исполнителя и Заказчика.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	

ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(Подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (Подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 63
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

СОГЛАШЕНИЕ
о расторжении договора возмездного оказания услуг

г. Новосибирск Дата

Общество с ограниченной ответственностью "ЦРТ-МЕД", в лице генерального директора Шишкиной Ольги Игоревны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "**Исполнитель**", с одной стороны и
гражданин (ка), _____ именуемый (ая) в дальнейшем **"Заказчик"**/"**Пациент**"
с другой стороны, а при совместном упоминании именуемые **"Стороны",** заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Расторгнуть договор возмездного оказания услуг № от г., в связи с_____.
[**указать основание для расторжения договора**]
2. На момент заключения настоящего соглашения стоимость исполненных обязательств по договору составляет _____рублей.
[указать основание для расторжения договора]
3. Взаимные обязательства Сторон по вышеназванному договору считаются прекращенными с момента заключения настоящего соглашения.
4. Обязательства Сторон, к исполнению которых Стороны уже приступили, будут исполнены следующим образом: _____.
5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания.
6. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 64
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Соглашение о досрочном расторжении Дополнительного соглашения от _____2022 г. к договору возмездного оказания медицинских услуг от _____ 2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность)

К Дополнительному соглашению к Договору
возмездного оказания медицинских услуг от _____2022 г.
по программе «Ведение нормально протекающей беременности»
(одноплодная/двуплодная беременность) ООО «ЦРТ-МЕД»

г. Новосибирск **_____ 202 г.**

Общество с ограниченной ответственностью «ЦРТ-МЕД», (коммерческое наименование: «Центр заботливой медицины Пеларгос») адрес места нахождения: 630099, г. Новосибирск, улица Урицкого, дом 20, офис 41, государственный регистрационный номер юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц 1185476097124 от 26.11.2018 года, орган осуществивший государственную регистрацию – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-54-01 № 0008897 от 19 декабря 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 18, т. +7 (383) 222-76-85,

в лице генерального директора **Шишкиной Ольги Игоревны,** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны, и

Граждан (ка)_____
(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, составили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению досрочно расторгнуть Дополнительное соглашение от _____2022 г. к Договору возмездного оказания медицинских услуг от _____ 2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность)

2. На момент заключения настоящего соглашения стоимость исполненных обязательств по дополнительному соглашению от _____ 2022 г. составляет _____(_____) руб., оплата за которые произведена Заказчиком в полном объеме, и зачтена Исполнителем за фактически оказанные медицинские услуги.

3. В течение 1-го календарного месяца с момента подписания Сторонами настоящего Соглашения Исполнитель возвращает Заказчику остаток не израсходованных и ранее оплаченных Заказчиком денежных средств, путем их безналичного перечисления на реквизиты, указанные Заказчиком ниже, или путем выдачи наличными денежными средствами в кассе Исполнителя.

На момент подписания настоящего Дополнительного соглашения возврату подлежит следующая денежная сумма:
_____ руб./

4. Исполнитель считается исполнившим обязанность по возврату денежных средств по Дополнительному соглашению от _____ 2022 г. в порядке, установленном в п. 3настоящего Соглашения, с момента списания денежных средств с расчетного счета Исполнителя, или выдачи наличными денежными средствами из кассы Исполнителя.

5. Заказчик не имеет претензий к объему, качеству и сроку предоставленных Исполнителем медицинских услуг по дополнительному соглашению, указанному в п. 1 настоящего Соглашения.

6. С момента подписания Сторонами настоящего Соглашения Стороны не имеют друг к другу никаких финансовых или иных претензий, за исключением обязанности Исполнителя по возврату денежных средств по Дополнительному соглашению в порядке, установленном в п. 3 и 4 настоящего Соглашения, в случае установления сторонами такого возврата.

7. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания.

8. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, -по одному для каждой из Сторон.

Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Дополнительного соглашения от **_____2022 г. к договору возмездного оказания медицинских услуг от _____ 2022 г. по программе «Ведение нормально протекающей беременности» (одноплодная/двуплодная беременность).**

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
ООО «ЦРТ-МЕД»	Ф.И.О
Адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 20 офис 41	
	Паспорт: серия номер , выдан
Тел/факс: (383) 383-24-42	
ИНН/КПП 5407972697 / 540701001; ОГРН:	
ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"	Адрес регистрации:
Р.сч. № 40702810223220001970	
К.сч. № 30101810600000000774 в СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ	Адрес фактического проживания:
БИК 045004774	
Генеральный директор ООО «ЦРТ-МЕД»	Тел.: +7 - -
_____/О.И. Шишкина/	E-mail
(подпись) (расшифровка подписи) ПО ДОВЕРЕННОСТИ № _____ от _____г.	_____// (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 65
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

СОГЛАСИЕ

на использование фото и видео изображений пациента

Я, _____- года рождения

паспорт серия_____ , № _____, выдан _____

проживающий(ая) по адресу: _____

настоящим документом даю свое согласие ООО «ЦРТ-МЕД» (далее Исполнитель), на использование и размещение своих изображений в научных, рекламных, информационных и иных материалах, без выплаты мне вознаграждения.
Настоящее согласие предоставляется на все изображения, произведенные Исполнителем во время моего лечения и наблюдения при получении медицинских услуг, а также созданные для специальных проектов.
Я даю согласие на использование своих изображений в следующих целях: в материалах для научно-медицинских исследований, для обучения и повышения медицинских работников медицинских знаний, для использования в научных материалах (докладах, выступлениях), для опубликования в профессиональных или медицинских книгах, печатных изданиях; а также для использования в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах Исполнителя; в сети интернет, в том числе на сайте Исполнителя с целью отражения изменений в динамике лечения и его результатах, с обязательным условием предварительного согласования рекламного макета. Настоящее согласие действует как на территории Российской Федерации, так и за рубежом.
Я даю Исполнителю право передавать мои изображения любым третьим лицам в целях, указанных в настоящем согласии. Данное согласие не дает прав на дальнейшую передачу изображений третьими лицами сторонним лицам.

Я оставляю за собой право остановить распространение моих изображений посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. С момента получения моего письменного заявления об остановке дальнейшего распространения изображений, медицинская организация обязана прекратить распространение. Такое письмо об остановке распространения изображений не имеет обратной силы и не обязывает Исполнителя изымать уже распространенные изображения в период действия настоящего согласия.
Подписывая настоящий документ, подтверждаю, что мне понятен смысл всех используемых в нем терминов и определений и я осознаю последствия данного согласия.
Исполнитель обязуется не использовать изображения Пациента способами, порочащими его (ее) честь, достоинство и деловую репутацию. А также обязуется согласовать с Пациентом все фото, видео и текстовые материалы, созданные в целях рекламы.

Дата

_____

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя) (подпись)

_____

(Ф.И.О. руководителя ООО «ЦРТ-МЕД») (подпись)

Приложение № 66
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на нитевой лифтинг промежности

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

№ *п/п*	***Вид вмешательства/услуги***
А16.20.015	**Нитевой лифтинг промежности**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

Нитевой лифтинг промежности представляет собой современную методику устранения возрастных изменений женских половых органов и представляет собой эффективный способ современного интимного омоложения. Процедура подразумевает создание и укрепление мышечного каркаса влагалища, после чего исчезают проблемы, связанные с интимной сухостью, недержанием мочи, опущением и слабостью стенок влагалища, врожденные и косметические дефекты гениталий, опущение (пролапс) задней стенки влагалища.

Показаниями к процедуре, в том числе являются: послеродовые рубцы, отсутствие оргазма у пациентки, восстановление нормального физиологического состояния промежности, диспареуния (боли при половой близости), недержание мочи, возрастные изменения, широкое влагалище, растянутые и вялые мышцы промежности.

Мне разъяснено, что подготовительными действиями перед проведением процедуры являются: осмотр гинеколога; микроскопическое исследование микрофлоры влагалища; УЗИ органов малого таза; общий анализ крови, биохимический анализ крови, гемостаз, кровь на ВИЧ, сифилис, гепатитам, ЭКГ, ФЛГ.

Мне разъяснено, что нитевой лифтинг промежности действует по принципу: подтягивания мышц промежности и их фиксация в нужном положении.

В течение20-30 минут в стенки влагалища пациентки вживляют инновационные лифтинговые нити, которые обладают способностью к биодеградации – полностью рассасываются в течение 12-18 месяцев. Но эффект после рассасывания нитей не исчезает. На месте нитей появляется поддерживающий каркас, который укрепляет мышцы и ткани и обеспечивает поддерживающий эффект, который заметен сразу после процедуры.

Сразу после подтяжки нитями стенки влагалища приобретают тонус. Нормализуется секреторная функция слизистой и исчезает ощущение сухости. Внедрение нитей обеспечивает механическую поддержку стенок и запускает регенерационные процессы. По мере образования фиброзных волокон интимные стенки укрепляются, становятся упругими, а просвет влагалища – сужается, повышается упругость и эластичности слизистой, короткий реабилитационный период.

- методы оказания медицинской помощи:

Процедура безопасна, имеет короткий реабилитационный период и может проводиться в условиях дневного стационара

.Мне разъяснено, что процедура проводится под общим наркозом. Препарат используемый для анестезии: _____.

- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к проведению процедуры являются: острые воспалительные заболевания органов малого таза; злокачественные онкологические заболевания; доброкачественные опухоли матки и яичников; беременность и 2 месяца после родов; нарушения свертываемости крови, дисплазия шейки матки, заболевания соединительной ткани.

Интимное омоложение не выполняется во время менструации.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры, следует исключить сексуальную активность, использование тампонов в течение 14 дней, посещение бани и сауны, а также ограничить физическую нагрузку, в течение не менее чем 6 недель.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: Повышение эстетики половых органов, которые становятся более привлекательными, усиливаются ощущения от интимной близости, вызванное сужением входа во влагалище, нормализуются функции интимных органов, которые после процедуры принимают физиологическую форму, размер и положение, проходят воспалительные процессы, количество вагинальной смазки становится оптимальным, улучшается работа других органов малого таза. (процесс вызван образованием белка-коллагена, обладающего омолаживающим эффектом, и возвратом влагалища в исходное физиологическое положение), пропадает недержание мочи, проходят запоры, стихают хронические воспаления., процедура препятствует пролапсу (опущению) влагалища, матки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки.

Мне разъяснено, что после процедуры возможны выраженные боли в промежности. Мне разъяснено, что осложнениями являются: гематомы в области промежности, серомы в области разрезов, нагноение послеоперационных ран, парапроктиты, ранение прямой кишки, кровотечение.

Мне разъяснено, и я даю согласие, что **до начала проведения процедуры, после ее окончания** специалистом проводится фото и видео фиксация зоны подлежащей коррекции, с целью наглядного закрепления эффекта от проводимой процедуры, и оценки эффективности в полноты ее проведения, а также необходимости повторного обращения пациента за устранение выявленной проблемы..

Указанные фото и видеоматериалы необходимы с целью оценки качества проводимой процедуры, и не подлежат идентификации с ФИО пациента. Фото и видеоматериалам присваиваются порядковые номера и дата их фактической съемки, указанные материалы могут быть использованы ООО «ЦРТ-МЕД» с целью повышения квалификации медицинских сотрудников, и для наглядной демонстрации эффективности от проводимой процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 67
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на цервикометрию.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.30.001.07	**Цервикометрия**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** процедура производится с целью оценки длины, расположения и степени раскрытия шейки матки. Процедура помогает оценить риски преждевременного родоразрешения и угрозы прерывания беременности. Результаты исследования позволяют принять оперативные и соответствующие меры: наложение пессария или швов, тщательное наблюдение, полный покой и другие. (ненужное зачеркнуть).

Иное указать:_____.

Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что Цервикометрия является обязательным исследованием, поскольку от длины и состояния шейки матки зависит время родов, возможность доносить плод до срока родоразрешения.

С помощью данной методики можно получить сведения о показателях длины шеечного канала, о наружном и внутреннем зеве, о проходимости канала шейки матки, сделать прогноз о сроках начала родовой деятельности, назначить соответствующее лечение в случае обнаружения отклонений от нормальных средних показателей.

Для каждого срока установлены свои нормативные показатели. Несоответствие нормам не является окончательным диагнозом, но требует врачебного контроля.

По результатам исследования врач принимает решение и, если необходимо, меры по сохранению беременности.

Мне разъяснено, что прямыми показаниями к проведению цервикометрии являются:

- угроза прерывания беременности;
- наличие в анамнезе замерших беременностей, выкидышей, преждевременных родов;
- наличие рубцов на шейке матки;
- укороченная шейка;
- многоплодная беременность;
- гормональные нарушения (низкий уровень прогестерона);
- врожденные аномалии строения внутренних половых органов;
- болезненные ощущения, нетипичные выделения, учащенные мочеиспускания.
- гипертонус или угроза прерывания беременности;

Мне разъяснено, что цервикометрию выполняют трансвагинально. Врач вводит датчик во влагалище по направлению к переднему своду. Надавливать на шейку матки нельзя, это приведет к искажению результатов.

Выполнять исследование трансабдоминально, через переднюю брюшную стенку, не рекомендуется. Исследование будет недостаточно точным, так как прохождению ультразвуковых волн мешают внутренние органы и подкожный жир.
Врач измеряет закрытую часть шейки матки от наружного зева до выемки внутреннего зева. Интерпретацию результатов исследования проводит акушер-гинеколог, ведущий беременность.
Исследование шейки занимает не более 10 минут.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование цервикометрия является неинвазивной, безопасной и безболезненной процедурой.
Мне разъяснено, что противопоказания к ультразвуковому исследованию отсутствуют.
Подготовка к исследованию заключается в предварительном опорожнении мочевого пузыря.
(иное указать)_____.
Мне разъяснено, что после проведения процедуры возможно появление неблагоприятных последствий:_____

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что трансвагинальная цервикометрия оценивает:

- Месторасположение швов в районе шейки матки, если ранее проводилось оперативное вмешательство.
- расположения кольца на шейке матки;
- Проникновение оболочки плода в цервикальный канал.
- Расширение цервикального канала.
- Длину шейки матки.

Наличие у пациентки акушерского пессария на шейке матки не является противопоказанием к цервикометрии.
Врач должен выбрать такое расположение датчика, при котором шейка будет хорошо визуализироваться.
Опираясь на результаты цервикометрии, врач делает вывод о риске выкидыша или преждевременных родов.
Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:
_____
_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____
(ФИО выбранного лица)

_____
(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____
(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 68
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на удаление липомы/атеромы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____

_____ года рождения, адрес проживания: _____

_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.01.016.02.001-A16.01.016.02.003, A16.01.018.01-A16.01.018.03	**Удаление липомы/атеромы**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: удаление доброкачественных новообразований кожи.

Липома состоит из измененной жировой ткани, атерома – из сальной железы с капсулой, заполненной секретом – салоподобными атероматозными массами.

Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что процедура осуществляется следующим образом:

Хирургическое иссечение поражённого участка с наложением внутрикожного косметического шва. Подкожные образования до 10 см удаляют амбулаторно, под местной анестезией. Время проведения процедуры – около 20-30 минут. При расположении опухоли в труднодоступной области вблизи крупных кровеносных сосудов или нервных ответвлений, возможна внутривенная анестезия. После вскрытия липомы, атеромы, их содержимое может быть отправлено в лабораторию на гистологическое исследование. Непосредственно перед процедурой необходимо сдать: анализы на сифилис, гепатит и ВИЧ; пройти очный осмотр онколога, при общей анестезии сдается общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, ФЛГ.

Мне разъяснено, что показанием к процедуре являются: большие размеры новообразования; быстрый рост; воспаление, боль, отёк, нагноение, покраснение; физический дискомфорт; косметический дефект.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре являются: наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы (кризового течения гипертонии, инфаркта в анамнезе, сердечной недостаточности); беременность; грудное вскармливание; сахарный диабет в стадии декомпенсации; склонность к образованию келоидных рубцов; обострение хронических патологий; острые инфекционные заболевания; аллергические реакции на анестезирующие препараты; наличие в организме кардиостимуляторов, (иное указать) _____.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры возможно появление неблагоприятных последствий:

Послеоперационные осложнения возникают редко и в основном бывают незначительными. К ним относятся: образование послеоперационной гематомы вследствие возобновившегося кровотечения; присоединение инфекции (нагноение раны, флегмона, абсцесс, гнойный затек); расхождение швов раны, как при плохом сопоставлении ее краев, так и наличие инфекции; образование келоидного рубца на месте послеоперационного, (иное указать) _____ .

В течение 2 суток запрещается мочить область удаления новообразования. Раневую зону необходимо обрабатывать антисептическими средствами, назначенными специалистом. На протяжении 7 дней на области удаленной липомы или атеромы следует носить повязку, что позволит избежать вероятности занесения инфекции. Если новообразование располагалось в волосистой части головы, достаточно носить головной убор, уделяя при этом повышенное внимание его чистоте. Продолжительность периода заживления постоперационных швов составляет, как правило, 2 недели. В это время важно неукоснительно соблюдать рекомендации специалиста по уходу за областью хирургического воздействия. Может быть показано применение наружных лекарственных препаратов, имеющих противовоспалительный и заживляющий эффект.

Кроме того, в постоперационном периоде необходимо: отказаться от посещения бассейна, сауны и солярия; исключить любого рода механические воздействия на область удаления новообразования; ограничить воздействие солнечных лучей.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Удаление новообразований кожи.

(иное указать)_____ .

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 71
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на аспирационную биопсию эндометрия

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____
года рождения, адрес проживания: _____
_____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***п/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.20.003.01	**Аспирационная биопсия эндометрия**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: диагностика гинекологических заболеваний; диагностика онкологических заболеваний тела матки, диагностика наличия полипов, гиперплазии эндометрия, эндометрита, диагностика причин бесплодия и др.

(иное указать)
_____.

Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что аспирационная биопсия эндометрия – это информативная, малоинвазивная диагностическая процедура, проводимая для диагностики различных состояний слизистой оболочки матки, путем забора микроскопических кусочков ткани и проведения гистологического исследования.

Исследование эндометрия может быть необходимо для изучения нарушений лютеиновой фазы, в рамках мониторинга гормонотерапии, исключения полипов и гиперплазии эндометрия, исследования причин патологических маточных кровотечений, при бактериологическом исследовании и т.д.

Перед проведением процедуры необходимо пройти: осмотр гинеколога; сдать мазок на флору.

Мне разъяснено, что аспирационная биопсия эндометрия осуществляется следующим образом:

Инструмент, названный по имени изобретателя – пайпель, – это гибкая пластмассовая трубочка диаметром 3 мм с боковым отверстием на конце. Внутри трубочки имеется поршень как в шприце. В цилиндр попадают не только поверхностные клетки маточных желез, но и ткань эндометрия, необходимая для определения характера заболевания.

Процедура занимает до 20 минут и проводится в 3 этапа:

- подготовка. Изначально пациентка располагается в гинекологическом кресле. Проводится антисептическая обработка, вводится во влагалище гинекологическое зеркало и фиксируется шейка матки;

- забор материала. В цервикальный канал вводится зонд и аккуратно продвигается до достижения нужного уровня. Затем врач извлекает поршень, что создает отрицательное давление в полости цилиндра. За счет этого ткань эндометрия втягивается в боковое отверстие зонда для Пайпель-биопсии. Фрагменты тканей собираются с разных мест для точности;

- перенос аспирата в раствор формалина.

Процедура применяется без применения обезболивания, и является малобезболезненной.

Мне разъяснено, что показанием к процедуре являются:

1. Изучение состояния эндометрия при бесплодии. Выявление эндометрита.
2. Подозрение на полипы или гиперплазии эндометрия.
3. «Прорывные» кровотечения при проведении заместительной гормональной терапии
4. Кровотечения на фоне гормональной контрацепции.
5. Кровотечения у женщин старше 40 лет.
6. Обильные кровотечения в пременопаузе (подозрение на рак эндометрия).
7. Кровотечения в менопаузе.

Аспирационная биопсия позволяет проводить исследование практически без боли и осложнений, в любое, необходимое время, избегать лишних затрат пациентке. Это особенно важно, если особенности заболевания требуют регулярного забора эндометрия и исследования. Например, в случаях бесплодия, связанного с гормональными и гиперпластическими процессами.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре являются: расстройства свертывания крови; наличие острого воспалительного заболевания органов малого таза; наличие острой вагинальной инфекции, или инфекции шейки матки; рак шейки матки; стеноз, или сильное сужение шейки матки.

Мне разъяснено, что осложнениями после процедуры может быть: маточное кровотечение, обострение хронического эндометрита.

Также противопоказанием является наличие беременности, или подозрение на нее.

(иное указать)
_____.

Мне разъяснено, что после проведения пайпель-биопсии эндометрия возможно: умеренная тянущая боль в нижней части живота, появление небольших кровянистых выделений, возможен незначительный сбой менструального цикла.

(иное указать)
_____ .

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение аспирационной биопсии эндометрия позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение.

(иное
указать)_____ .

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____
_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 72
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на бужирование цервикального канала

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____года рождения, адрес проживания:
_____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.20.064	***Бужирование цервикального канала***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** расширение цервикального канала.
(иное указать) _____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала представляет собой вмешательство по расширению цервикального канала шейки матки, которое проводится с обезболиванием. Время процедуры - обычно около 30 минут. Пациентка укладывается на гинекологическое кресло, область половых органов обрабатывается антисептиком, распыляется лидокоин при местном обезболивании. Затем делают инъекции обезболивающего препарата и врач вводит сначала самый тонкий зонд для бужирования, затем постепенно увеличивает размер, чем достигается постепенное и щадящее расширение цервикального канала. При полной атрезии цервикального канала первым эпатом возможно вскрктие канала при помощи электропетли. После введения зонд может оставляться в цервикальном канале на несколько минут для способствования его расширению. После окончания процедуры зонд вынимают, за пациенткой наблюдают медицинские работники на предмет проявления осложнений.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинской организации, в помещении, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Мне разъяснено, что качественное выполнение бужирования цервикального канала требует предварительной подготовки: рекомендуется предварительно пройти ряд исследований, включая кольпоскопию, УЗИ органов малого таза, сдать мазок на флору.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала может осуществляться механическим методом или путем вскрытия канала при помощи электропетли.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала механическим методом осуществляется с применением специальных зондов - бужей, - разного диаметра, при введении которых расширяется цервикальный канал.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала оказывается с применением анестезии: если сужение канала незначительное, применяется местная анестезия.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала имеет следующие противопоказания: низкая (3-4) степень чистоты влагалища, инфекции наружных половых органов, подозрение на опухоли матки и

придатков, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, инфекционно-простудные заболевания.

Абсолютными противопоказаниями выступают выраженное кровотечение, сопровождаемое геморрагическим шоком, наличие диафрагмальной грыжи, декомпенсация сахарного диабета, сердечной и/или дыхательной недостаточности, острый период инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, печеночная и/или почечная недостаточность.

Мне разъяснено, что несообщение медицинским работникам о наличии противопоказаний может повлечь возникновение осложнений вмешательства, снизить или свести на нет его эффективность.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала может повлечь возникновение нежелательных осложнений: кровотечения, воспалительные процессы матки, придатков, болевые разрыв шейки матки, перфорации матки, внутрибрюшное кровотечение.

Мне разъяснено, что бужирование цервикального канала оказывается с применением местной анестезии, используемый препарат_____ (ненужное зачеркнуть, вид препарата указать)

Мне разъяснено, что результатом бужирования цервикального канала является: расширение цервикального канала шейки матки.

Мне разъяснено, что после бужирования цервикального канала пациенту рекомендовано: пройти амбулаторное лечение на протяжении 7-10 дней с применением по назначению врача ранозаживляющих и противовоспалительных свечей для улучшения эпителизации, в первые дни надлежит воздержаться от половых контактов, на протяжении послеоперационного периода пациентке надлежит использовать барьерные средства контрацепции.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 74
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на пункцию молочной железы под контролем УЗИ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A11.20.010.003	***Пункция молочной железы под контролем УЗИ***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: диагностика злокачественных новообразований в молочных железах; диагностика иных заболеваний молочной железы;
- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что пункция молочной железы представляет собой малоинвазивное вмешательство, направленное на получение тканей молочной железы с целью проведения цитологического исследования.

Мне разъяснено, что пункция молочной железы выполняется в амбулаторных условиях, не требующих госпитализации пациентки в стационар. Перед биопсией рекомендуется исследовать свертывающую систему крови и исключить прием антикоагулянтов. Мне разъяснено, что пункция молочной железы выполняется с местной анестезией.

Пункция молочной железы под контролем УЗИ позволяет получить образец клеток, по которому можно судить о доброкачественном или злокачественном характере изменений.

Процедура проводится квалифицированным врачом-онкологом. Пациентка ложится на кушетку на спину или слегка повернувшись боком к врачу. После этого проводится обезболивание молочной железы местным анестетиком. С помощью УЗ-датчика, который прижимается к коже молочной железы, врач определяет положение патологически измененной ткани. В месте введения биопсийной иглы проводится точечный прокол. После этого врач вводит иглу и продвигает ее по направлению к патологическому участку, постоянно отслеживая ее положение на экране монитора. После взятия ткани игла извлекается.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре являются: заболевания свертывающей системы крови; инфекционные заболевания; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Мне разъяснено, что после пункции молочной железы возможны кровоизлияния в местах введения иглы и умеренные болевые ощущения, самостоятельно регрессирующие в течение двух-трех суток.

Мне разъяснено, что биопсия молочной железы выполняется с местной анестезией.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что цитологическое исследование является точным методом диагностики маммологических заболеваний, в особенности, злокачественных новообразований. Результатом пункции молочной железы является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

При цитологическом исследовании в заключении врач-морфолог описывает клеточный состав пунктата, указывает на форму и размер клеток, количество ядер и их состояние, а также иные патологические особенности и структуры, на основе которых ставит диагноз.

По ним врач может диагностировать: доброкачественный процесс, или мастопатию; злокачественные опухоли груди, различные типы воспалительных реакций; метастазы опухолей из других органов.

Результат цитологии всегда оценивают с учётом других данных диагностики (осмотр маммолога, УЗИ, маммография, МРТ). В определённых случаях (разнородные ткани опухоли, повышенное кровоснабжение зоны интереса, наличие кистозных полостей в узле и т.д.) могут получиться ложноотрицательные результаты, особенно если в иглу попало недостаточное количество материала из очага или сгустки крови. Это характерно больше для цитологического исследования в силу малого размера диаметра иглы и специфики процедуры. В таких случаях рекомендовано проведение повторной ТАПБ или же трепан-биопсии.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 75
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на пункцию щитовидной железы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А11.22.002	***Пункция щитовидной железы***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: пункция щитовидной железы проводится с целью более точного определения характера узлового образования в ней.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, пункционная биопсия узлового образования(ий) щитовидной железы проводится без анестезии, т.к болезненность при уколе не сильнее болезненности при внутримышечных инъекциях, к тому же анестетик, попавший в забранный материал, может изменить результат.

Тонкоигольная пункционная биопсия проводится амбулаторно и не требует госпитализации. Небольшие гематомы передней поверхности шеи, возникающие крайне редко, не требуют дополнительного лечения и проходят самостоятельно.

Вначале проводится обработка кожи в области щитовидной железы антисептиком, далее осуществляется пункция (прокол). Для большей точности пункционная биопсия проводится врачом – хирургом или врачом – онкологом под контролем ультразвукового исследования.

После пункции (прокола) узла щитовидной железы врач одноразовой очень тонкой иглой с помощью одноразового шприца выполняется забор (аспирация) клеток щитовидной железы. В редких случаях (например, если узел имеет размер 2 см и более) в целях большей информативности полученного биоматериала проколов может быть несколько. После процедуры на область пункции накладывается пластырь. Общая длительность процедуры (с учетом подготовки к проколу и непосредственно пункции) занимает от 15 до 25 минут.

Полученный материал наносится на специальное стекло, маркируется и передается в клинико-диагностическую лабораторию, где анализируется специалистом лаборатории.

Для обсуждения результатов обследования необходимо явиться на прием к лечащему врачу, который даст пояснения по результатам исследования.

Готовность результата исследования - 4-5 дней. В редких случаях результат поступает позднее, если требуется дополнительное изучение стекол.

Мне разъяснено, что, показаниями для проведения процедуры являются:

- узлы щитовидной железы различных размеров (всем пациентам с узлами более 1 см), структуры и однородности;
- многокамерные и сложные кисты;
- эктопированная (нетипично расположенная), аберрантная (добавочная) щитовидная железа;
- загрудинный зоб (патологический вариант расположения щитовидной железы);
- рецидивный зоб (повторное изменение щитовидной железы после проведенного лечения);
- несоответствие данных УЗИ и клинической картины заболевания;

- спорная трактовка результатов УЗИ, разноречивые и взаимоисключающие результаты обследования;
- метастатическое поражение лимфоузлов шеи, когда не определен источник метастазов;
- предварительная цитологическая верификация перед проведением малоинвазивных методик, например склерозирования кист щитовидной железы;
- при диффузном увеличении щитовидной железы для выявления тиреоидита Хасимото.

связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что противопоказаниями к процедуре являются:

- повреждение кожи, кожная инфекция в планируемом месте пункции;
- психические заболевания пациента в стадии обострения;
- длительный прием препаратов, разжижающих кровь (аспирин, варфарин и т.п.)
- беременность;
- заболевания с нарушением проницаемости сосудистой стенки (ДВС синдром), в тех случаях, когда риск процедуры выше ее иформативности;

Мне разъяснено, что после процедуры возможны следующие побочные явления:

- тянет горло, болит шея. Одна из причин боли в шее связана с наличием остеохондроза или/и мышечного спазма от неудобной позы при пункции;
- боль при разговоре, глотании. Боль появляется в мягких тканях, окружающих щитовидную железу. При глотании смещается щитовидный хрящ, что и воспринимается как болезненность горла. В норме такой признак может быть на протяжении 2-3 дней, не требует специального лечения;
- появление гематомы в месте прокола, которая проходит на 3-5 сутки;
- повышение температуры до 37 градусов, с последующей самостоятельной нормализацией.
- головокружение, обморок;

Мне разъяснено, что при следующих осложнениях, требуется немедленно обратиться к врачу:

- сильная боль, невозможность глотания и повышение температуры тела выше 37,1-37,3 градуса на следующий день после пункции, нужно обратиться к врачу;
- сильная отечность в месте прокола, распространяющаяся на соседние ткани, если она не спадает через 2 дня;
- кровотечение;
- горячая и красная кожа шеи;
- увеличенные лимфатические узлы;
- потеря голоса.

Мне разъяснено, что после процедуры, прием пищи допускается через 1,5-2 часа.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что исследование пунктат щитовидной железы является обязательным для решении вопроса о необходимости и объеме оперативного вмешательства, так как это исследование позволяет не только распознать природу процесса в щитовидной железе, но и узнать гистогенетическую принадлежность новообразования, дифференцировать узловой зоб, аденому и рак щитовидной железы

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***

Приложение № 76
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на заднюю кольпоррафию с леваторопластикой.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

N ***п/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A16.20.028.002	***Задняя кольпоррафия, леваторопластика***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:**

Задняя кольпоррафия с леваторопластикой – это хирургическое вмешательство, во время которого проводится пластика задней стенки влагалища собственными тканями, целью которого является коррекция задней стенки с целью коррекции ее провисания. Во время операции врач проводит восстановление послойное рассечение тканей, коррекция всех дефектов и разрывов мышц и фасций и сведение мышц – леваторов, служащих опорой для органов малого таза.

(иное указать)_____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что операция проводится под общим наркозом либо под спинальной/эпидуральной анестезией.

Доступ к поврежденной стенке через влагалище или промежность. Поэтому на видимых участках тела никаких следов не остается.

Алгоритм выполнения манипуляций:

Хирург рассекает слизистую оболочку влагалища, выявляются дефекты фасций, ушивает выявленные дефекты, сводит леваторы в нижней трети влагалища, обеспечивающие поддержку органов малого таза, восстанавливает слизистую оболочку влагалища и кожные покровы, накладывает стерильную повязку.

Во время операции хирург послойно отсепаровывает ткани, выявляет и корректирует выявленные дефекты, обнажает мышцы леваторы, подтягивая их, укрепляя ими заднюю стенку влагалища. Это делает тазовое дно более прочным, способным удержать органы в физиологически правильном положении.

Продолжительность операции составляет примерно около 60 минут в зависимости от тяжести и объема корректируемых нарушений.

Операция проводится в амбулаторных условиях, через 2 часа наблюдения пациентка отпускается домой.

В течение – 2-3 –х последующих дней производится перевязка,

Швы снимают через 7-8 сутки в амбулаторных условиях. Внутренние швы рассасываются самостоятельно в течение 2–3 недель.

(иное указать)_____ .

Показаниями к проведению задней кольпоррафии с леваторопластикой являются: родовые травмы промежности; опущение стенок влагалища; зияние половой щели; ректоцеле; цистоцеле I степени; диспареуния; выраженный дискомфорт, снижающий качество жизни, в том числе сексуальной.

Мне разъяснено, что перед проведением операции необходимо:

За три недели до вмешательства отказаться от употребления спиртных напитков и курения табака. Запрещается принимать препараты, ухудшающие свертываемость крови.

Анализы перед включают в себя: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам В и С. Кроме того, выполняется ЭКГ и рентгеновское исследование органов грудной клетки. Необходим предварительный осмотр гинеколога.

Перед операцией следует выполнить очищающую клизму либо принять слабительное (за 12-14 часов до назначенного времени).

Мне разъяснено, что после проведения операции существует реабилитационный период:

- первые несколько дней необходимо употреблять легкую, полужидкую пищу, для предотвращения запоров и натуживания при дефекации.
- на протяжении 2 месяцев нужно исключить физические нагрузки, особенно поднятие тяжестей, отказаться от активных занятий спортом.
- половые контакты под запретом в течение 8 недель.
- до полного заживления нужно обрабатывать наружные швы специальными средствами, предотвращающими инфицирование.
- запрещено посещение бани, сауны, открытых водоемов, бассейнов в течение 4-6 недель после операции.

- связанный- с методами риск:

Мне разъяснено, что леваторопластика имеет **противопоказания**: беременность и период лактации; СПИД, ВИЧ и другие венерические заболевания; онкопатологии; нарушения свёртываемости крови; декомпенсированные патологии печени, сердца, почек и эндокринной системы; инфекции в остром периоде; варикозная болезнь в стадии обострения; легочная недостаточность возраст менее 18 лет.

Мне разъяснено, что возможными **осложнениями** от проведенной операции и нарушений рекомендаций лечащего врача, может явиться: кровотечение из раны; травма близлежащих соседних органов; выраженные болевые ощущения в ближайшие недели после операции; различные нарушения мочеиспускания; нагноение послеоперационной раны; рецидив выпадения гениталий.

(иное указать)_____

Наименование применяемого препарата для анестезии при леваторопластике:_____

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Восстановленипе целостности анатомических структур задней стенки влагалища и предотвращает опущение и выпадение органов малого таза. Операция является наиболее эффективным методом лечения пролапса матки и влагалища и улучшает эстетику интимной зоны.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 77
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование предстательной железы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.21.001.001	**Ультразвуковое исследование предстательной железы**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** визуализация размеров, структуры, особенностей расположения и кровоснабжения предстательной железы.

Метод позволяет выявить увеличение органа, воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования и другие изменения

- методы оказания медицинской помощи:

УЗИ простаты может выполняться трансабдоминальным и трансректальным методами. Исследование через брюшную стенку менее информативно, поэтому используется реже. При трансректальном УЗИ простаты (ТРУЗИ) датчик вводится в прямую кишку на глубину 5 см. Этот метод позволяет диагностировать простатит, опухолевое поражение предстательной железы, образование в ней кист и абсцессов, воспаление семенных пузырьков.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование предстательной железы является безопасной и безболезненной процедурой.

Мне разъяснено, что прямыми показаниями к проведению процедуры являются:

- Боли при мочеиспускании
- Невозможность или чрезмерно частое выделение мочи (особенно в ночное время)
- Дискомфорт и болезненные ощущения в нижней части живота
- Появление крови или гноя в моче
- Проблемы с потенцией
- Невозможность зачатия
- Наличие заболеваний, которые передаются половым путем
- В анализах мочи есть отклонения от нормы
- Боли невыясненного характера внизу живота

Также мужчинам с 40 лет необходимо регулярно проходить комплексное УЗИ органов малого таза, так как именно в этом возрасте увеличивается вероятность появления проблем и патологий в области мочеполовой системы.

Методика проведения:

При назначении абдоминальной процедуры необходимо выполнить следующие действия:

Пациент ложится на спину на кушетке и освобождает от одежды нижнюю часть живота

Врач наносит на исследуемую область специальное средство, которое улучшает прохождение звуковых волн через ткани организма

Затем он водит специальным датчиком по животу пациента, а результаты отображаются на мониторе и фиксируются в протокол.

При таком типе УЗИ малого таза мужчине необходимо сперва пройти процедуру с полным мочевым пузырем, а затем – с пустым.

При трансректальном исследовании порядок действий несколько отличается:

Пациент должен освободить от одежды нижнюю часть тела, разместиться на кушетке в положении лежа на боку и согнув ноги в коленях

Врач надевает на датчик защитное средство (презерватив) и смазывает его гелем для лучшей передачи ультразвука

Датчик вводится в прямую кишку пациента, данные передаются на экран и отмечаются в бумагах

Время, затрачиваемое на процедуру, составляет не более 20 минут.

Мне разъяснено, что до проведения процедуры требуются подготовительные действия:

Подготовка к УЗИ простаты зависит от того, каким способом будут его проводить. Если через брюшную стенку (трансабдоминально), перед исследованием нужно наполнить мочевой пузырь. За 1 час до процедуры выпивают 2 стакана негазированной воды. Пить жидкость нужно постепенно, малыми порциями.

Подготовка к трансректальному УЗИ простаты у мужчин требует освобождения кишечника от каловых масс. Чтобы этого добиться, важно проходить исследование натощак, а накануне вечером сделать очистительную клизмуМикролакс. Ее повторяют за пару часов до ТРУЗИ. Если врач сказал, что во время исследования будут брать материал для биопсии, то за 2 недели нужно отказаться от препаратов, разжижающих кровь.

Вне зависимости от того, каким способом проводят исследование, за сутки до процедуры нужно отказаться от продуктов, вызывающих метеоризм. Газы будут мешать проходить ультразвуковым лучам, что может снизить точность диагностики. Чтобы это предотвратить, нужно не употреблять: бобовые, газированные напитки, жирная рыба и мясо, капуста, сладости, черный хлеб.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом проведения процедуры является: изучение врачом состояния капсулы и паренхимы простаты, оценивание размеров и структуру органа, выявление измененные участки, определение их количество и диаметр, наличие или отсутствие четкой границы с окружающими неизмененными тканями. Методику проведения УЗИ простаты определяет врач УЗД в зависимости от показаний к исследованию, субъективных симптомов пациента и других факторов. Сонография информативна для первичного обнаружения и динамического контроля: злокачественных новообразований,
аденомы простаты, воспалительных изменении, других заболевания простаты – кисты, участки кальциноза, склерозирование паренхимы железы, патологии семенных пузырьков и протоков, заболеваний мочевого пузыря.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 78
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на проведение допплерометрии маточно-плацентарного кровотока

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.12.024	***Допплерометрия маточно-плацентарного кровотока***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: метод диагностики при помощи ультразвука, позволяющий объективно и полноценно исследовать кровообращение плода, плаценты и маточных артерий пациентки. Проводится с целью оценки состояния кровеносной системы плода, скорость его развития, наличия недостатка кислорода, а также возможных патологических изменений.

- методы оказания медицинской помощи:

Процедура назначается после полного формирования плаценты — не ранее 19 недель, чаще на 25-26 неделе в качестве плановой проверки.

Для обследования используется ультразвуковой аппарат, как и при ультразвуковом исследовании. Отличие заключается в датчике, работающем на основе допплеровского эффекта, и интерпретации полученных данных. При исследовании фиксируются ультразвуковые волны, отраженные от подвижных объектов – клеток крови, в результате чего частота отраженных лучей сильно изменяется в сравнении с изучаемыми. Аппарат обрабатывает полученные данные и создает двухмерное цветное изображение. Благодаря этому возможно оценить скорость и направление кровотока, анатомию и проходимость сосудов.

Длительность проведения процедуры составляет около 10 минут. Процедура не требует никаких специальной подготовки.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование плода является безопасной и безболезненной процедурой.

Мне разъяснено, что процедура проводится в плановом порядке, а так же при:

- осложнениях в вынашивании ребенка;
- фетоплацентарной недостаточности;
- тяжелой соматической патологии у матери (сахарный диабет, гипертония, анемия, системные заболевания);
- резус-конфликте матери и плода;
- многоплодной беременности;
- неиммунной водянке плода;
- 2-хкратное и более обвитии шеи плода, подозрение на гипоксию;
- выраженном маловодии / многоводии;
- преэклампсии;
- травмах живота у беременной;
- снижение двигательной активности плода;
- неудовлетворительные результаты кардиотокографии;
- возможные варианты медицинских вмешательств:

Методика проведения допплерометрии аналогична трансабдоминальному УЗИ. Женщина ложится на кушетку на спину и оголяет живот. Врач наносит на исследуемый участок специальный гель для лучшей проходимости ультразвуковых волн и затем водит по нему датчиком, параллельно исследуя полученные данные на мониторе. Интерпретация результатов выдается женщине в тот же день.

Доплерометрию при беременности можно проводить несколькими способами:

Ультразвуковой допплер – применяется для оценки направления, интенсивности, характера кровотока в сосудах.

Дуплексное исследование – отличается от предыдущего метода большей точностью и информативностью. Применяется для оценки кровотока сосудов и их анатомии.

Цветное картирование – состояние даже мельчайших сосудов и их проходимость кодируется цветом.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом проведения процедуры является своевременное выявление гипоксии плода, помогает установить обвитие пуповины вокруг шеи плода и увидеть сколько раз и насколько туго.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ 20___ год.

Приложение № 79
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование органов мошонки

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.28.003	**Ультразвуковое исследование органов мошонки**

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: визуализация внутреннего строения, определение размеров, формы, контуров и структуру тканей исследуемого органа.

- методы оказания медицинской помощи:

Для проведения УЗИ мошонки используют линейные датчики с частотой 5-10 МГц. У этого оборудования небольшая глубина сканирования — до 10 см. Посредством УЗИ можно определять размеры исследуемого органа с точностью до миллиметра, что позволяет обнаруживать даже незначительные изменения и диагностировать патологию на ранней стадии ее развития.

Отдельным видом ультразвукового исследования является допплерография, или доплер УЗИ сосудов. Ее назначают для детального изучения кровообращения органа. Она позволяет определить скорость и объем кровотока в артериях и венах, увидеть тромбы и бляшки в них, обнаружить сужение сосудов. Допплерографию назначают пациентам для диагностики варикозного расширения сосудов мошонки (варикоцеле).

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование органов мошонки является безопасной и безболезненной процедурой.

Мне разъяснено, что прямыми показаниями к проведению процедуры являются:

-одно- или двустороннее увеличение мошонки в размерах, дискомфорт в промежности;

- боль в яичке, покраснение кожи над пораженным органом, отек, сглаженность кожных складок, “глянцевый” блеск, повышение температурной реакции;

- отсутствие тестикулы в мошонке, пальпация яичка в паховом канале, уменьшение размеров или необъяснимое уплотнение последнего;

- боль в паху и животе, симптомы раздражения брюшины;

- пальпация в проекции яичка или головки придатка новообразования;

- увеличение паховых лимфатических узлов;

- визуализация варикозно-деформированных вен семенного канатика;

- слоновость мошонки;

- внезапно развившийся болевой синдром при неловком движении, занятиях спортом, уплотнение железы или подвеска, нарастание отечности, синюшный оттенок кожи, необычное горизонтальное положение тестикулы - подтянутость к корню мошонки;

- безболезненная опухоль, связанная с накоплением жидкости;

- травма мошонки;

- отклонения в анализах на биомаркеры, патология в спермограмме, изменение характера эякулята - примесь крови, сгустки, неприятный запах - дополнительно обследуют простату и везикулы.

В детском и подростковом возрасте процедуру назначают при:

- карликовости или гигантизме,
- преждевременном половом созревании, а также его задержки,
- недостатке веса или его избытке.

Методика проведения:

Пациент укладывается на кушетку на спину либо на бок на область мошонки наносится специальный гель, который способствует установлению безопасного контакта между кожей больного и ультразвуковым аппаратом. Проводят обследование мошонки при помощи датчика узи.

Исследуют мошонку в трех проекциях: поперечной, продольной и косой. Полученные данные врач фиксирует в протоколе исследования и вручает его пациенту.

При острых состояниях возникает необходимость изучения кровотока в органах мошонки. Для этого применяется УЗИ с допплерографией. Специальный датчик позволяет наглядно увидеть направление кровотока и его интенсивность. Наиболее актуально это исследование при подозрении на непроходимость семявыносящих путей. На экране монитора можно наблюдать сосудистый рисунок. Выявление очагов усиленного кровоснабжения тканей или, наоборот, участки, не получающие достаточного питания, помогает диагностировать новообразования и воспалительные процессы даже на ранней стадии.

Время, затрачиваемое на процедуру, составляет не более 20 минут.

Мне разъяснено, что до проведения процедуры не требуются подготовительные действия.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом проведения процедуры является: диагностика следующих заболеваний, в том числе на ранней стадии:

- орхит;
- эпидидимит;
- варикоцеле;
- гидроцеле;
- крипторхизм;
- кистообразные опухоли, кисты яичка и придатков;
- новообразования мошонки.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 80
К Правилам предоставления платных медицинских услугООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на эхокардиография плода

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,
(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания: _____
_____
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***п/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.30.002.01-А04.30.002.03	***Эхокардиография плода (ЭХО-КС плода)***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- цели оказания медицинской помощи: ЭХО-КС плода это современный высокоинформативный и неинвазивный метод диагностики патологий сердца и крупных сосудов на внутриутробном этапе развития ребенка. Процедура проводится с целью определения возможных патологических изменений в формировании сердца плода, которые визуализируются при помощи высокочастотных волн.

(иное указать) _____.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что ЭХО-КС плода представляет собой метод, основанный на анализе отличий отражения УЗ-волн от тканей, разных по плотности и структуре.

Мне разъяснено, что в ходе исследования можно определить следующие параметры:

- частоту сокращений сердца;
- строение сердца: стенок и клапанов;
- проходимость кровеносных сосудов;
- скорость и направленность движения крови по сосудам;
- соотношение объема поступающей и выходящей из аорты крови.

Мне разъяснено, что достижение оптимального визуального эффекта происходит на сроке 25-26 - недель, однако исходя из показаний процедура может быть проведена и в иной период.

Показаниями к проведению процедуры являются:

- Системные и эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотериоз, васкулит, красная волчанка).
- Повышенный риск хромосомных патологий у плода (они выявляются на первом триместре беременности при прохождении комплексного анализа).
- Наличие ребенка от предыдущей беременности с врожденным пороком сердца.
- Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.
- Настоящая беременность протекает с осложнениями (задержка в росте плода, фетоплацентарная недостаточность).
- Многоплодие (относятся и женщины, зачавшие при помощи искусственного оплодотворения).

- Перенесенные инфекционные заболевания в период вынашивания ребенка (герпес, краснуха, ветряная оспа, токсоплазмоз).
- Прием тератогенных медикаментов в первом триместре (антибиотики, ингибиторы МАО, противосудорожные средства, фенобарбитал).
- Возрастная категория женщин старше 35 лет.

Методика проведения включает в себя несколько разновидностей техник, которые зависят от используемого оборудования, и цели диагностики:

- Двухмерная диагностика позволяет изучить основные анатомические структуры сердца плода, на данный момент высокая четкость и визуализации способны выявить малейшие изменения.
- Одномерное исследование определяет параметры, функциональную способность и анатомическое строение клапанов, створок и стенок рабочего органа в процессе их деятельности.
- Допплерэхокардиография, более расширенная методика, определяющая гемодинамику, ритмичность и сократительную способность сердца, направленность тока крови по сосудам.

Мне разъяснено, что процедура проводится следующим образом: в затемненной комнате, когда пациентка находится в положении лежа, на живот пациентки наносится гель, который помогает звуковым волнам проходить от преобразователя эхокардиограммы (или зонда) к сердцу ребёнка и обратно. Специалист, двигает датчиком, чтобы сделать снимки сердца с разных ракурсов, оценить его структуру, функцию, увидеть, есть ли жидкость вокруг сердца, правильно ли сформированы четыре камеры, правильно ли поступает и оттекает кровь.

Мне разъяснено, что специальной подготовки со стороны пациентки способ диагностики не требует. Процедура занимает до 30 минут.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что абсолютных противопоказаний к проведению процедуры не существует. Эхокардиография плода не является исследованием, которое может навредить состоянию здоровья пациентки или плоду.

Относительными противопоказаниями, являются: деформация брюшной полости или серьезные изменения кожного покрова аллергического либо воспалительного характера, имеющиеся в области проведения исследования.

Мне разъяснено, что в результате проведения процедуры удается установить множество аномалий, включая сердечную аритмию и анатомию сердца плода, нарушения кровообращения, также могут быть выявлены такие дефекты, как: тетралогия Фалло; трансляция крупных сосудов; гипоплазия левого и правого клапана и атриовентрикулярного канала.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

_____

_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____ _____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 83
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на ультразвуковое исследование малого срока беременности

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
A04.30.001.16-A04.30.001.18	***Ультразвуковое исследование малого срока беременности***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: диагностика факта беременности, определение локализации имплантации эмбриона (в матке или за её пределами), оценивается наличие сердцебиения и определяется срок беременности.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование малого срока беременности представляет собой метод ультразвукового исследования, при котором применяются звуковые волны высокой частоты и осуществляется регистрация звуковых сигналов, отражающихся от полости матки и эмбриона.

Полученные результаты отображаются на экране в виде изображения.

Мне разъяснено, что во время проведения исследования, можно установить:

Наличие или отсутствие внематочной беременности, которая часто на первых порах может иметь сходную клиническую картину с физиологической, но впоследствии приводит к тяжелым осложнениям, в том числе угрожающим жизни женщины и ее дальнейшей репродуктивной функции.

Срок беременности. Его можно определить измерив копчиково-теменной размер эмбриона. Это важно для определения дальнейшей тактики ведения женщины, проведения диагностических обследований и подготовки к родам в будущем.

Наличие многоплодной беременности. Тактика ведения одноплодной и многоплодной беременности довольно выражено отличается.

Определение жизнеспособности эмбриона. Регистрация сердечных сокращений на экране монитора дает возможность определить жизнеспособность эмбриона.

Наличие угрозы прерывания беременности. Об угрозе на ранних сроках может свидетельствовать повышенный тонус мышц матки, что хорошо видно при УЗИ. Так же определяются причины кровотечения и другие опасные симптомы, которые нередко сочетаются с выраженной клинической картиной - боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей.

Своевременное выявление «замершей беременности». Под этим термином подразумевается отсутствие признаков жизнедеятельности у эмбриона, которое не сопровождается клиническими проявлениями выкидыша.

Своевременное выявление анэмбрионии, пузырного заноса.

Мне разъяснено, что исследование проводится при помощи вагинального датчика. Информативность исследования достигается благодаря тесному контакту датчика непосредственно со стенками матки.

Трансвагинальное УЗИ для определения беременности проходит следующим образом. Пациентка снимает одежду ниже пояса. Занимает удобное положение на кушетке, согнув ноги в коленях. Врач надевает на

датчик средство индивидуальной защиты (презерватив), смазывает специальным гелем для улучшения проводимости, вводит датчик во влагалище. Для улучшения информативности результатов, врач передвигает датчик из стороны в сторону. В процессе фиксирует полученные данные, снимок прикладывает к заключению. Процедура не вызывает болезненных ощущений или физического дискомфорта, длится 5-10 минут. Дает развернутую картину состояния органов, возможный срок гестации.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что к трансвагинальному способу диагностики беременности имеется ряд противопоказаний.

Проведение процедуры невозможно в следующих случаях: при наличии тяжелых воспалительных процессов во влагалище, в случаях психологического дискомфорта от процедуры у беременной.

Мне разъяснено, что показаниями к проведению процедуры являются:

- кровянистые выделения или боли внизу живота;
- серьезные сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ревматические болезни, сердечно-сосудистые патологии и т. д.);
- в фертильном цикле или на ранних сроках беременности пациентка подверглась воздействию тератогенных факторов (ОРВИ или другие инфекции, прием лекарственных средств, облучение);
- беременность наступила на фоне внутриматочной контрацепции;
- есть подозрения на многоплодную беременность;
- беременность наступила благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям (ЭКО);
- есть подозрения на пузырный занос;
- высокий риск развития аномалий плода, ранее рождались дети с пороками развития или хромосомными аномалиями;
- беременность у пациенток с миомой матки или образованиями в яичниках;
- есть подозрения на неразвивающуюся или внематочную беременность.

Мне разъяснено, что для проведения процедуры не требуется специальная подготовка. Процедура полностью безопасна, и безболезненна.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом проведения процедуры является установление факта беременности, срока, размера эмбриона, количества эмбрионов в полости матки, сердцебиения эмбриона, соотвествие размера сроку гестации, а также исключение возможных пороков развития на данном этапе и патологий беременности (рисков для пациентки).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 85
К Правилам предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на фетометрию плода при беременности в динамике.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,(Ф.И.О.) _____
_____ года рождения, адрес проживания:
_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующую медицинскую услугу:

N ***пп/п***	***Вид вмешательства/услуги***
А04.30.001.12-А04.30.001.14	***Ультразвуковое исследование плода в динамике***

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи**: фетометрия представляет собой диагностическую процедуру, позволяющую определить строение, размеры и положение плода в матке беременной женщины. Исследование необходимо для контроля роста и развития будущего ребенка. Фетометрия плода выполняется при внеплановых сроках по назначению акушера-гинеколога.

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что фетометрия – это детальное обследование состояния матери и плода с использованием аппарата УЗИ. Пациенткам оно проводится двумя способами:

- трансвагинально – с введением специального датчика во влагалище;
- трансабдоминально – содержимое матки рассматривается через внешнюю брюшную стенку.

Трансвагинальное УЗИ рекомендовано женщинам на ранних сроках беременности, на поздних сроках чаще всего проводится для оценки состояния шейки матки. Особых приготовлений к такому УЗИ не нужно, и дискомфорта оно не доставляет, асептический эффект достигается благодаря использованию презерватива, который надевается на датчик.

Трансабдоминальное УЗИ показано на большом сроке беременности. Живот пациентки смазывают специальным гелем, обеспечивающим хороший контакт датчика с кожей. А околоплодные воды дают возможность в деталях рассмотреть плод и определить его пол, вес, размер, расположение в полости матки.

Проводя фетометрию и расшифровывая ее результаты, врач-ультразвуколог опирается на данные таблицы, в которой приводятся все основные параметры внутриутробного развития плода.

Мне разъяснено, что исследование проводится после 20 недели беременности с целью исключения задержки развития плода при одноплодной и многоплодной беременности.

Дополнительные замеры обычно проводятся для выявления патологий, которые были диагностированы при других исследованиях или при оценке данных семейного анамнеза о возможности наследования хромосомных аномалий.

связанный с методами риск:

Наиболее частая аномалия, которая выявляется после фетометрического исследования – это отставание плода в физическом развитии (гипотрофия, синдром замедления развития или задержки развития). Оно проявляется несоответствием размеров плода нормативным показателем на текущем сроке беременности, если разница составляет более 2 недель. Такая аномалия может свидетельствовать о серьезной задержке развития, связанной с нарушением внутриутробного питания плода.

На результатах фетометрии также могут проявиться признаки таких редких генетических заболеваний, как синдромы Дауна и Вильямса, микроцефалия (аномально малый размер головы), ацефалия (отсутствие черепа или его верхнего свода) и т. д.

При фетометрия при многоплодной беременности, возможно выявление различных аномальных состояний, опасных тем, что плоды развиваются неравномерно и, фактически, ведут в утробе матери друг с другом борьбу за ограниченные ресурсы. В некоторых случаях это может привести к тому, что один плод будет подавлять развитие другого – фето-фетальный синдром.

При трансвагинальной фетометрии перед процедурой не нужно наполнять мочевой пузырь. Используемый для этой разновидности УЗИ при беременности датчик может считывать данные без дополнительной подготовки.

Мне разъяснено, что процедура полностью безопасна, и безболезненна.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом проведения процедуры является установление факта развития беременности согласно срокам, выявление возможных патологий и своевременная их коррекция, а также предупреждение возможных проблем в будущем.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____

(Ф.И.О Пациента) ***(подпись Пациента)***

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год.***

Приложение № 86
К Правилам предоставления платных
медицинских услуг ООО «ЦРТ-МЕД
в редакции № 3 от 01 февраля 2022 года

Информированное добровольное согласие
на криоконсервацию и хранение спермы
(заполняется в 2-х экземплярах)

Я,(Ф.И.О.)_____

_____ года рождения, адрес проживания: _____

_____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ООО «ЦРТ-МЕД» (коммерческое наименование «Центр заботливой медицины Пеларгос») на следующие медицинские услуги:

N ***n/n***	***Вид вмешательства/услуги***	***Количество***
A11.20.032.01	**Криоконсервация спермы**	
A11.20.032.02	**Хранение криоконсервированной спермы в течении 1 года**	

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦРТ-МЕД».

Прошу произвести криоконсервацию моей спермы на срок до «_____» _____ 20__года.

Цель оказания медицинской помощи: криоконсервация спермы проводится с целью использования материала в дальнейшем как донорского в случаях лечения мужского бесплодия в супружеской паре, а также для использования в дальнейшем для оплодотворения супруги (партнерше) пациента. Основная цель криоконсервации — обеспечение возможности оплодотворения яйцеклетки через длительный промежуток времени.

Медицинским сотрудником организации, мне в доступной форме разъяснены:

- показания для криоконсервации биоматериала: а) Необходимость хранения половых клеток и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ или ИИ; б) сохранение фертильности онкологических больных перед химио- и лучевой терапией; в) хранение половых клеток и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента.

- количество замораживаемых криопробирок (спермодоз): в услугу криоконсервации спермы включена заморозка 3 криопробирок

- метод криоконсервации/размораживания и хранение замороженного биоматериала: Выбор оптимального метода замораживания и размораживания биоматериалов определяется индивидуально. Хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляется в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот/пары жидкого азота.

- **порядок сдачи биоматериала:** Мужчина сдает сперму в условиях клиники в стерильный контейнер, сразу же биоматериал поступает к эмбриологу, где в лабораторных условиях происходит анализ эякулята. После оценки количества и подвижности сперматозоидов возможно два варианта:

1. Если концентрация и подвижность соответствуют нормам (Руководство ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека, 2010), к эякуляту добавляют растворы криопротекторов и проводят двухступенчатую процедуру замораживания в парах жидкого азота/жидком азоте.

2. Если подвижных сперматозоидов недостаточно и/или при наличии других отклонений от нормы в показателях спермограммы, проводят дополнительную специальную обработку для повышения концентрации подвижных сперматозоидов и затем последующую процедуру замораживания. В таких

случаях пациента могут пригласить на повторную сдачу биоматериала, для замораживания итоговых 3-х порций

Я проинформирован, что перед сдачей биоматериала на криоконсервацию рекомендовано отказаться от самовольного приема лекарственных средств, употребления спиртного (желательно также и от сигарет), выполнения тепловых процедур, а также тяжелых физических нагрузок.

Мне разъяснено, что для криоконсервации спермы мне необходимо пройти обследование: АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам В и С, обследование на ИППП.

Я проинформирован, что в результате замораживания качественные характеристики спермы могут измениться, в связи с этим я должен ознакомиться с результатами контрольного размораживания и заключением эмбриолога.

Я предупрежден, что хранение замороженной спермы осуществляется в стандартных, выпускаемых промышленностью резервуарах под наблюдением специалистов клиники. Однако существует риск нарушений условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального нападения. **Я подтверждаю**, что в таких случаях ООО «ЦРТ-МЕД» не несет ответственность на гибель замороженного биоматериала.

Я проинформирован о том, что хранение и использование моей криоконсервированной спермы может быть прекращено раньше указанного срока хранения только по моему письменному заявлению.

Я проинформирован, что для продления сроков хранения спермы мне необходимо указать новый срок хранения, оплатить его и подписать заявление у эмбриолога. По истечению указанного в согласии срока хранения весь объем моей спермы будет уничтожен, вне зависимости от обстоятельств, помешавших мне продлить хранение.

Я обязуюсь письменно заявить об изменении сроков хранения и использования моей замороженной спермы в случае изменения моих личных и семейных обстоятельств.

Прошу использовать мой криоконсервированный биологический материал в течение указанного срока хранения для искусственной инсеминации или оплодотворения яйцеклеток в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) моей супруге партнерше):_____

_____

_____г. рождения, паспортные данные:_____выдан (кем, когда)_____

_____по ее личному заявлению.

В случае моей смерти или утраты дееспособности я определяю порядок использования замороженной спермы подписью в соответствующей сроке:

-хранение замороженной спермы определяется (ФИО, дата рождения, паспортные данные):_____
_____
_____

- хранение замороженной спермы определяется ООО «ЦРТ-МЕД»_____

- сперма должна быть уничтожена_____

Услуги по криоконсервации обязуюсь оплачивать в соответствии с тарифами ООО «ЦРТ-МЕД» по наличному или безналичному расчету.

Я подтверждаю, что внимательно прочел и понял всю информацию о процедуре, предоставленную мне сотрудниками ООО «ЦРТ-МЕД» о её целях и используемых методах медицинской помощи; я имел возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры

Почтовый адрес и телефон, по которым ООО «ЦРТ-МЕД» может сообщить важную для меня информацию: _____

Я понимаю, что указание полных и правильных контактных адресов и телефонов важно в моих собственных интересах. Немедленное извещение ООО «ЦРТ-МЕД» об изменениях контактных адресов и телефонов является моей обязанностью и ответственностью.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)

_____

(ФИО выбранного лица)

_____(подпись Пациента) Ф.И.О. _____

(полностью)

Подпись: _____

Дата _____ Врач _____

Результат контрольного размораживания спермы

Дата: _____

концентрация _____ млн/мл

прогрессивно-подвижных _____ %

Заключение эмбриолога: сперма может быть использована для:

экстракорпорального оплодотворения / искусственной инсеминации

ИКСИ

не подлежит хранению

Эмбриолог: _____ Врач:_____

Подпись пациента: _____

Прошу продлить хранение на срок до "_____"_____ 20 __г.

Дата_____

Подпись пациента: _____ Эмбриолог_____

Расписался(лась) в моем присутствии

_____ _____

(Ф.И.О. медицинского работника) ***(подпись врача)***

_____ ***20___ год***