**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ОСМОТР С ДЕРМАТОСКОПИЕЙ**

*(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ*

*«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)*

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*  *Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО ребенка или недееспособного гражданина- полностью, год рождения)* |

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Медицинская организация вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники ООО «Мед-плюс».

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 | A03.01.001 | Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия). |  |
| 2 | A09.01.004.006 | Трихоскопия |  |

Дерматоскопия — инструментальная методика осмотра кожных покровов и изучения строения и структуры кожных новообразований ~~родинок (невусов)~~ на теле человека. Также, процедура может быть проведена при патологических изменениях производных кожи (волосы, ногтевые пластины).

Мне разъяснено, что целью исследования является выявление новообразований кожи на ранней стадии опухолевого процесса.

Мне разъяснено, что исследование показано в следующих случаях: увеличение новообразования ~~родинки~~ в размерах; имение цвета новообразования; появление зуда, жжения, боли в области новообразования; появление отделяемого различного характера, изъязвления в области новообразования; травма новообразования кожи; большое количество пигментных новообразований на теле; увеличение числа пигментных новообразований кожи; наличие родственников первой/второй линии родства в анамнезе с меланомой; дифференциальная диагностика и верификация заболеваний кожи; атипичное течение заболеваний кожи; очаговое и/или диффузное выпадение волос; нарушение структуры волос; появление патологических изменений ногтевых пластин.

Мне разъяснено, что данная процедура может проводиться также с целью профилактики.

Мне разъяснено, что противопоказаний к дерматоскопии новообразований кожи нет: процедура полностью безопасна для здоровья.

Мне разъяснены преимущества дерматоскопии: высокая точность (до 97%); простота; способность изучения самых маленьких новообразований; неинвазивность исследования (без нарушения целостности кожного покрова) ~~нарушение деликатность по отношению к кожному покрову (не нарушение це) и объекту исследования~~; безболезненность; безопасность; отсутствие противопоказаний; быстрый результат.

Мне разъяснено что, существует три разновидности дерматоскопии:

неконтактная поляризованная;

с применением масла (контактная неполяризованная);

контактная при поляризованном свете.

Поляризованная и неполяризованная дерматоскопия дополняют друг друга, и сочетание обоих методов повышает точность диагностики.

Мне разъяснено, что поляризованная дерматоскопия используется для просмотра более глубоких слоев (дермо-эпидермальное соединение и поверхностная дерма). Неполяризованная дерматоскопия используется для просмотра поверхностных слоев (от поверхностного эпидермиса до дермо-эпидермального перехода).

Мне разъяснено, что в ходе процедуры, врачом может быть дополнительно проведена эпилюминесцентная микроскопия. На очаг наносится иммерсионное масло и закрывается предметным стеклом. Эта методика позволяет с большой долей вероятности дифференцировать доброкачественное новообразование от злокачественного.

Мне разъяснено, что перед диагностической процедурой не рекомендуется наносить на исследуемые участки косметические и лекарственные средства в виде кремов, мазей и гелей. Врач, в случае необходимости самостоятельно обрабатывает кожу специальными мазями или гелями, которые препятствуют отражению света от исследуемого новообразования (данные мази и гели требуются для приборов с неполяризованным светом). Для дерматоскопа с поляризованным светом, предварительная обработка кожи не требуется.

Мне разъяснено, что в ходе дерматоскопии врач оценивает параметры патологических новообразований – их структуру, цвет, рельефность, размеры, контуры и четкость границ. На основе этих данных дается заключение.

Мне разъяснено, что входе осмотра волосистой части головы при помощи дерматоскопа оцениваются такие параметры, как: состоятельность юнитов, сохранность сально-волосяного фолликула, состояние волосяных стержней, наличие перифолликулярного и межфолликулярного шелушения.

Мне разъяснено, что при подозрении на злокачественность кожного патологического процесса ~~онкологию~~, обследование необходимо дополнять биопсией, с последующим гистологическим исследованием.

Мне разъяснены цели, методика оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств (другие методы, применяющиеся в данной клинической ситуации), последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме 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".

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 *(ненужное зачеркнуть)*, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(ФИО медицинского работника) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. (дата оформления)