**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на подкожное введение/удаление препарата «Импланон»**

*(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 согласна с названными мне условиями его проведения

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

 (фамилия, имя, отчество)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Клиника 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 |
| 12 | A11.01.002A16.01.001 | Подкожное введение лекарственных препаратов(введение подкожного контрацептива)Удаление поверхностно расположенного инородного тела (удаление подкожного контрацептива) |  |

 Мне разъяснено, что Импланон - это однокапсульный имплантационный контрацептив для подкожного введения, содержащий гормон этоногестрел - высокоселективный гестаген последнего.

 Мне разъяснено, что подкожный имплантат Импланон в гинекологии имеет одно показание: гормональная контрацепция.

 Мне разъяснены противопоказания к применению препарата: беременность (в т.ч. предполагаемая); тромбозы (артериальные и венозные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в т.ч. тромбоз, тромбофлебит глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, ишемические или геморрагические цереброваскулярные нарушения); наличие антител к фосфолипидам; мигрень с очаговой неврологической симптоматикой; рак молочной железы (в т.ч. в анамнезе); установленные или предполагаемые злокачественные гормонозависимые опухоли; доброкачественные или злокачественные опухоли печени в настоящее время или в анамнезе; тяжелые формы заболеваний печени (до нормализации функциональных проб печени), в т.ч. желтуха; врожденные гипербилирубинемии (в т.ч. в анамнезе); неконтролируемая артериальная гипертензия; детский и подростковый возраст; кровотечение из влагалища неясной этиологии; повышенная чувствительность к этоногестрелу.

 Мне разъяснен механизм действия препарата. После установки Импланона, контрацептивное вещество, содержащееся в нем (этоногестрел), постепенно высвобождается в небольшом количестве. По своему действию оно похоже на противозачаточные таблетки: также подавляет процесс овуляции; не позволяет яйцеклеткам расти и выходить из яичников; сгущает слизь в шейке матки, что препятствует движению сперматозоидов.

 Мне разъяснены преимущества Импланона: длительность действия; высокая эффективность; минимум дискомфорта и побочных явлений; нет необходимости в ежедневном уходе и контроле; стабилизация гормонального фона; удобство применения; ни один медикаментозный препарат не снизит эффективность Импланона.

 Мне разъяснено, что перед проведением манипуляции врач может назначить следующие лабораторные исследования (при необходимости): анализ крови на ХГЧ (для исключения беременности); коагулограмма; общий анализ крови; биохимический анализ крови; консультация маммолога; консультация флеболога; кожные пробы для исключения риска развития аллергии на компоненты препарата; УЗИ органов малого таза.

 Мне разъяснено, что препарат Импланон является длительно действующим контрацептивным гормональным средством. Подкожно вводится один имплантат, который может оставаться в месте введения в течение 3-х лет. Удаляют имплантат не позже, чем через 3 года со дня введения.

 Мне разъяснена, процедура введения Импланона. Пациентка ложится на спину, повернув наружу руку и согнув ее в локте. Препарат вводится в ту руку, которая не является доминирующей. Врач отмечает место введения с внутренней стороны плеча приблизительно на 8-10 см выше надмыщелка плечевой кости, а затем протирает этот участок дезинфицирующим средством. При введении импланта используется местная анестезия в виде спрея или укола лидокаина. Врач проводит микроразрез на отмеченном участке тела, а затем при помощи специального инструмента помещает в него капсулу с препаратом. Продолжительность процедуры составляет всего несколько минут. Затем врач проверяет наличие имплантата и правильность его расположения с помощью пальпации. После завершения установки врач накладывает стерильную салфетку и фиксирует ее повязкой, которую разрешено снять через несколько часов.

 Мне разъяснено, что препарат Импланон вводится в течение первых пяти дней менструального цикла. Если пациентка ранее принимала противозачаточные таблетки, имплант устанавливается на следующий день после приема последней таблетки. При наличии внутриматочной спирали, вагинального кольца или гормонального пластыря, Импланон устанавливается в день их удаления. После аборта препарат можно вводить сразу после проведения процедуры прерывания. После родов Импланон вводят через 21-28 дней.

 Мне также разъяснены возможные побочные эффекты после введения Импланона: эмоциональная лабильность, депрессия, нервозность, сниженное либидо; болезненность в молочных железах, боль в груди, нерегулярные менструации; увеличение массы тела; боль в месте расположения имплантата, реакция в месте расположения имплантата, утомляемость, гриппоподобное состояние, боль; выделения из влагалища, дискомфорт в области вульвы и влагалища, галакторея, увеличение молочных желез, зуд в области вульвы и влагалища; фарингит, ринит; инфекция мочевыводящих путей (уретрит, цистит) и другое.

 Мне разъяснено, что при возникновении указанных побочных эффектов пациентке необходимо обратиться к врачу для обследования и консультации.

 Мне разъяснена процедура удаления Импланона. Врач определяет местоположение импланта при помощи пальпации и отмечает конец капсулы, который расположен ближе к локтю. Если имплантат не прощупывается, пациентка направляется на дополнительное исследование (УЗИ, рентген), помогающее определить его местоположение. Перед удалением врач обрабатывает участок кожи, где расположен имплант, антисептическим раствором, а затем проводит местную анестезию. Далее врач делает небольшой продольный разрез длиной около 2 мм и аккуратно выталкивает имплант в направлении разреза, пока не станет виден его конец. Затем имплант захватывается щипцами и вытаскивается наружу. Рассечение кожи закрывается зажимом «бабочка». После удаления на руку накладывается стерильная салфетка и давящая повязка. При желании пациентки и дальше использовать этот метод предохранения, разрешается ввести новый имплант в то же место сразу при удалении предыдущего.

 Также мне разъяснено, что Импланон следует удалить в случае возникновения беременности во время применения препарата, ввиду того, что сведения о влиянии препарата на организм беременной женщины и плод недостаточны.

 Мне разъяснено, что после удаления и введения Импланона первое время может отмечаться головокружение.

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, 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, телефон)

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

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

 **Я подтверждаю, что:**

 Я понимаю и осознаю, что введение/удаление препарата Импланон является строго врачебной манипуляцией.

 Я извещена о том, что при ухудшении самочувствия мне необходимо немедленно сообщить об этом врачу и явиться на осмотр в назначенное время.

 Я извещена, что препарат Импланон не может стопроцентно гарантировать предотвращение наступления беременности, как и иные виды контрацепции.

 Я информирована, что вправе удалить Импланон по своему личному желанию в любое время.

 Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

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

 Я имела возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне медицинского вмешательства.

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

(ФИО пациента) (подпись)

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

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