



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

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

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ года рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью "Медсервис Каменск"
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что процедура БАК является методом нейрореабилитации, направленным на восстановление психо-эмоционального состояния, активации процессов нейропластичности и гармонизации функций головного мозга. Проводится с помощью серийного медицинского аппарата "Синхро-С" (регистрационное удостоверение № ФСР 2010/07223 от 19.11.2020). При проведении процедуры осуществляется наложение электродов на волосистую часть головы пациента, проводится обработка кожи головы и самого электрода антисептиком, также используется гель-проводник. Процедура не инвазивная и безболезненная. Продолжительность сеанса от 10 до 25 мин, определяется индивидуально врачом-неврологом. Число процедур в курсе, длительность процедуры определяется лечащим врачом.

Так же мне разъяснена информация о возможных временных побочных эффектах (5-10%) в виде возбуждения, нарушения сна, головных болей, энуреза, усиление эхолалии, гиперсаливации, при эпилепсии - учащение приступов, повышение температуры. Указанные побочные эффекты возможны в середине курсового лечения, на 5-6 процедуре, и снижаются к 10 сеансу.

При возникновении вышеописанных симптомов я обязуюсь об этом сообщить врачу, для изменения параметров проводимой методики.

Также лечащим врачом мне разъяснены противопоказания к проведению БАК:

- острые инфекционные заболевания, воспалительные заболевания;
- ранний послеоперационный период;
- острые нарушения мозгового и спинального кровообращения;
- черепно-мозговые травмы в остром периоде;
- острые воспалительные заболевания головного мозга;
- геморрагический синдром;

- психические заболевания в стадии декомпенсации;
- некомпенсированная эпилепсия;
- онкологические заболевания;
- дефекты кожи волосистой части головы.

Мне разъяснено, что отсутствие лечебного эффекта возможно в 5% случаев.

Мне разъяснено, что в ходе лечебных процедур не разрешается:

- совмещать курс БАК с электропроцедурами (если иное не назначено лечащим врачом), самостоятельно изменять назначенную лечащим врачом схему фармакотерапии;
- сочетать БАК-терапию с лекарственными препаратами ноотропного ряда, а также препаратами, обладающими выраженными гемодинамическим эффектом.

Я проинформирован(а) об объеме диагностических и лечебных процедур, порядке, времени и сроках их проведения, возможных (предполагаемых) результатов лечения, а также стоимости и условиях оплаты курса лечения. Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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)

(должность)

(фамилия, имя, отчество сотрудника)

(дата оформления)