Приложение № 4
к приказу ООО «ОРХИДЕЯ» от 01.09.2026 № 15
(в соответствии с приложением № 2
к приказу Минздрава России
от 12 ноября 2021 г. № 1051н)

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

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

_____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

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

_____ г. рождения, проживающего (ей) 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. № 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 Обществе с ограниченной ответственностью «ОРХИДЕЯ».

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 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. № 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. № 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)

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

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

_____ г.
(дата оформления)

Приложение № 5
к приказу ООО «ОРХИДЕЯ» № 15 от 01.09.2026

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «ОРХИДЕЯ»

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

_____ г. р., 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)

_____ г. р., зарегистрированный по адресу:_____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а), и прошу персонал медицинского учреждения о проведении следующих процедур:

(подпись с расшифровкой при выборе конкретной процедуры)

1.	удаление бородавок, папиллом, милиумов, невусов, гемангиом, телеангиэктазий и иных доброкачественных новообразований с применением лазерной коагуляции (деструкции) и (или) электрокоагуляции	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*
2.	лазерная шлифовка кожи	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*
3.	фототерапия кожи	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*
4.	фотоэпиляция кожи	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*
5.	местная анестезия	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*
6.	Внутрикожное введение препарата Дипроспан®	_____ *(подпись, фамилия, И.О.)*

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

в доступной для меня форме мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

Подтверждаю, что мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, разъяснены все вопросы по лечебному эффекту, сроку действия, противопоказаниях, осложнениях, методике проведения лазерной коагуляции (деструкции) и (или) электрокоагуляции, шлифовке кожи, фототерапии, фотоэпиляции, местной анестезии.

Мне /лицу, законным представителем которого я являюсь, разъяснено и я осознаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и непреднамеренные осложнения.

Мне разъяснено, я осознал(а), и я согласен(на), что проводимая диагностика, лечение и используемая технология медицинской услуги не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ОРХИДЕЯ» не несет ответственности за их возникновение.

В таком случае я согласен(а) на то, что ход вмешательства может быть изменен врачом по его усмотрению, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

Я даю информированное добровольное согласие на оказание мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, в случае их развития, в том объеме, который определит медицинский работник.

Меня /лицо, законным представителем которого я являюсь, проинформировали о возможном риске развития осложнений и неприятных ощущений в виде:

- болезненности, воспаления, отечности, гиперпигментации, покраснения кожи, появлении корочки, волдырей, появления рубца (гипертрофического и гипотрофического), возможно наличие гематомы (синяков), рецидива после удаления бородавок, папиллом, милиумов, невусов, гемангиом, телеангиэктазий и иных доброкачественных новообразований с применением лазерной коагуляции (деструкции);

- болезненности, воспаления, отечности, покраснения кожи, появлении корочки, рубца, рецидива после удаления подошвенных бородавок с применением электрокоагуляции;

_____ _____
(Ф.И.О., подпись гражданина либо законного представителя) (*дата оформления*)

- болезненности, воспаления, отечности, гиперпигментации, покраснения кожи, появлении корочки, волдырей, появления рубца (гипертрофического и гипотрофического), ощущение жжения (как после солнечного ожога) после проведения лазерной шлифовки кожи;

- болезненности, воспаления, отечности, гиперпигментации, покраснения кожи, появления корочки, сильного зуда после проведения фототерапии кожи;

- гиперпигментации (когда кожа покрывается темными пигментными пятнами), воспаления, отечности, ожога, появления рубца (гипертрофического и гипотрофического), повышения температуры тела, покраснения, легкого чувства жжения после проведения фотоэпиляции кожи;

- Болезненности, жжение, покраснение, отёк, повышение температуры, затруднения дыхания, выраженное ухудшение самочувствия, кровоизлияния или гематома в месте введения, инфицирования в месте инъекции, выраженные аллергические реакции, изменения пигментации кожи, атрофия кожи и/или подкожной клетчатки в месте введения, нарушение заживления тканей, повышение артериального давления, задержка жидкости, повышение уровня глюкозы в крови связанные с введением препарата Дипроспан®. Информация о противопоказаниях, возможных нежелательных реакциях и иных рисках, связанных с внутрикожным введением лекарственного препарата Дипроспан®, приведена в инструкции по медицинскому применению препарата, размещённой на сайте: https://www.vidal.ru/drugs/diprospan .

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского (-их) вмешательства/вмешательств), а именно местной анестезии, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: безболезненное проведение медицинских вмешательств, выраженный гемостаз, улучшение визуализации операционного поля, а также предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с лечением и т.д.

Я информирован (-а) о том, что местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) является крайне серьёзным медицинским вмешательством и требует моего/лица, законным представителем которого я являюсь, нахождения под наблюдением в медицинской организации в течении 40 минут после проведения местной анестезии.

Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях местной анестезии, которые обусловлены главным образом развитием нежелательной реакции на введение местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование):

- анафилактический шок, гиперчувствительность I типа;
- беспокойство и тревожность;
- головная боль, парестезии, головокружение, гипестезия, периферическая нейропатия, сонливость, обморок, судороги, угнетение сознания, потеря сознания, агевзия, большие судорожные припадки, гипотонус, предобморочное состояние, тремор, сенсорное расстройство;
- блефароспазм, диплопия, снижение остроты зрения;
- боль в ухе, звон в ушах;
- сердцебиение, тахикардия, аритмия, брадикардия, остановка сердца и дыхания;
- кровотечение, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия;
- гипергидроз, кожный зуд, сыпь, ангионевротический отек, крапивница, эритема;
- боль в спине, мышечная скованность, тризм, остеонекроз, отек тканей лица;
- отечность, боль, гематома, некроз тканей и воспаление в месте введения местного анестетика;
- астения, озноб, утомляемость, недомогание, жажда, повышение температуры тела;
- боль во время проведения местной анестезии, повреждение тканей, повреждение нервов и кровеносных сосудов.

Я информирован (-а) о противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе эпинефрина, обладающего сосудосуживающими свойствами, а именно: нестабильная стенокардия; недавно перенесенный инфаркт миокарда (до 6-ти месяцев); недавно перенесенное аорто-коронарное шунтирование (до 3-х месяцев); рефрактерная аритмия и пароксизмальная тахикардия или непрерывная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений; не леченная или неконтролируемая выраженная артериальная гипертензия; не леченная или неконтролируемая застойная сердечная недостаточность; закрытоугольная глаукома; гиперфункция щитовидной железы; феохромоцитома; одновременный прием некардиоселективных бета-адреноблакаторов (например пропранолона).

Я информирован (-а) о том, что Эпинефрин, как компонент (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) может подавлять высвобождение инсулина поджелудочной железы и, таким образом, уменьшать эффект пероральных гипогликемических средств.

Я информирован (-а) о противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе сульфита, а именно: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к сульфитам; тяжелая бронхиальная астма.

Я информирован (-а) о том, что курение, а также употребление алкоголя могут негативно отразиться на результатах местной анестезии. Я информирован (-а) о необходимости следовать рекомендациям медицинского работника как при подготовке к проведению

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах местной анестезии, а именно обратимой потери чувствительности за счет прекращения или уменьшения проведения сенсорных нервных импульсов вблизи места инъекции местного анестетика

Последствиями отказа от предложенной мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, местной анестезии могут быть: появление болевого синдрома разной выраженности, интенсивности и продолжительности при медицинских

_____

(Ф.И.О., подпись гражданина либо законного представителя)

(*дата оформления*)

манипуляциях, увеличение продолжительности медицинских вмешательств, снижение качества предоставляемой медицинской услуги, а также появление негативных психоэмоциональных последствий, связанных с лечением и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами местной анестезии, которое (-ые) в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) не показаны и/или не безопасны, и/или будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован (-а) о том, что альтернативным вариантом инъекционной анестезии является аппликационная местная анестезия: поверхностная анестезия кожи и (или) слизистой оболочки анестезирующим препаратом (кремом с анальгезирующим действием для наружного применения).

Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях поверхностной местной анестезии со стороны кожи и подкожных тканей, реакции в области нанесения препарата, такие как бледность, покраснение и отечность; в первый момент после нанесения легкое жжение, зуд и ощущение тепла (в области нанесения препарата), аллергические реакции, в наиболее тяжелых случаях — анафилактический шок, метгемоглобинемия и/или цианоз. Реакции в области нанесения препарата, такие как геморрагическая сыпь или точечные кровоизлияния, особенно после длительной аппликации. Раздражение роговицы вследствие случайного попадания препарата в глаза.

Я информирован (-а) о противопоказаниях к проведению лазерной деструкции ткани в период: беременности и лактации, при герпесе (активная форма в месте удаления), при остром воспалении в месте удаления (гнойные раны и т.п.), при повышенной фоточувствительности (в том числе прием в период удаления тетрациклина, препаратов фторхинолонового ряда – усиливающих фоточувствительность),при эпилепсии (связанной с чувствительностью к свету (лазерным вспышкам)), при нарушении свертываемости крови, при декомпенсированном сахарном диабете.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять назначения и рекомендации лечащего врача ООО «ОРХИДЕЯ».

Мне /лицу, законным представителем которого я являюсь, разъяснено, что при ухудшении самочувствия после проведения процедуры необходимо явиться на медицинский осмотр в ООО «ОРХИДЕЯ», не прибегая к помощи специалистов других медицинских учреждений, а также согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д. В случае вмешательства других медицинских учреждений на любой стадии лечения, ООО «ОРХИДЕЯ» не несет ответственности за его конечный результат.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные вмешательства, в т.ч. в связи с возможными осложнениями или особенностями течения заболевания, индивидуальными особенностями организма, размерами патологического очага и объемом вмешательства и даю свое согласие на него.

Я/лицо, законным представителем которого я являюсь, ознакомлен с правилами внутреннего распорядка и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать.

Я/лицо, законным представителем которого я являюсь, понимаю, что должен сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем: аллергических реакциях, сопутствующих заболеваниях и других.

Я/лицо, законным представителем которого я являюсь, понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.

При первичной консультации с врачом я/лицо, законным представителем которого я являюсь, честно и добросовестно ответил(а) на все вопросы, касающиеся состояния здоровья на момент приема, представил(а) информацию об имеющихся, перенесенных и наследственных заболеваниях.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с данной процедурой. На заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Понимая сущность предложенного лечения и индивидуальные особенности собственного организма, я /лицо, законным представителем которого я являюсь, согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точно вероятный результат планируемого лечения.

Моё решение является свободным, добровольным, осознанным и представляет информированное согласие на проведение вышеуказанных манипуляций, что я и удостоверяю своей подписью:

Подпись _____ _____

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

Дата оказания услуг _____

Расписался(лась) в моем присутствии

Подпись врача _____ _____

Ф.И.О. врача