

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, ____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу _____
(Адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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

в отношении _____, ____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

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

даю информированное добровольное согласие на:

Биоакустическая коррекция
(Наименование вида медицинского вмешательства)

для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДСЕРВИС КАМЕНСК"

(Наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня форме 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 объёме диагностических и лечебных процедур, порядке, времени и сроках их проведения, возможных (предполагаемых) результатах лечения, а также стоимости и условиях оплаты курса лечения. Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы.

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления: _____