**Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации ТАП**

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

возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

доверяю проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы представляет собой процедуру введения ТАП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). Процедура проводится под местной анестезией. Стимуляции ауторегенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма. Данный метод имеет разрешение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2010/380 от 26.10.2010г.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции. Как правило, при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача.

Свое подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические , гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоирдных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/приложить оби анализ крови.

Прилагаю Не прилагаю

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.