

«Озонотерапия»

Я, _____

Ф.И.О.

проинформирован(-а), о медицинском вмешательстве «озонотерапия», (далее – «Процедура») и поставлен(-а) в известность о нижеследующем:

Озонотерапия – вид физиотерапевтического лечения в нетрадиционной медицине, предполагающий использование газа озона (O₃), который генерируется специальными приборами медицинского назначения – озонаторами. Продолжительность одного сеанса около 10-30 минут. Методы озонотерапии: введение озонированного физиологического раствора внутривенно, малая аутогемотерапия с озонкислородной смесью (МАГОТ), употребление внутрь озонированной дистиллированной воды, употребление внутрь и наружно озонированного растительного масла. Ректальные инфузии озонкислородной смеси, проточная газация в пластиковой камере, ингаляции с озонированной водой или маслом. Продукты метаболизма озона, в контролируемом и соответствующем количестве, могут оказывать различные биологические действия: бактерицидное, фунгицидное и вируцидное, увеличение оксигенации крови, активацию метаболизма, противовоспалительное действие, обезболивающий эффект, иммуномодулирующее действие.

Абсолютные противопоказания к озонотерапии:

- Острый панкреатит
- Гиперфункция щитовидной железы
- Гипогликемия
- Все нарушения свертываемости крови
- Тромбоцитопения
- Внутренние кровотечения
- Геморрагический или смешанный инсульт
- Психические расстройства, эпилепсия, алкогольное опьянение
- Индивидуальная непереносимость озона
- Инфаркт миокарда (острая фаза)
- Болезни почек
- Заболевания кожи в острой форме
- Онкологические болезни
- Послеоперационный период
- Вирусные заболевания и простуды
- Интоксикация организма
- Инъекции кортикостероидов менее чем за 14 дней
- Снижение тромбоцитов ниже 100, Снижение гемоглобина до 100

Относительные противопоказания к озонотерапии:

- Гипотония
- Прием лекарственных препаратов, влияющих на свертываемость крови (аспирин, антикоагулянты, др.)
- Беременность
- Менструальные кровотечения (рекомендуется перенести озонотерапию до окончания менструации)

Перед проведением Процедуры необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- За 3-5 дней до Процедуры при наличии частого обострения герпетической инфекции в анамнезе, необходимо начать курс противовирусной терапии по индивидуальной схеме, разработанной врачом во время консультации
- Прием пищи должен быть не позднее, чем за час до процедуры (на голодный желудок процедуру выполнять не рекомендуется)
- За 7-10 дней до Процедуры с целью профилактики возникновения обширных гематом в месте инъекции необходимо прекратить прием препаратов, подавляющих агрегацию тромбоцитов и способствующих появлению экхимозов: аспирин и др. НПВП, витамин Е, гинкго билоба, рыбий жир, чернику, варфарин, глюкокортикоиды, напроксен и др. Если прием вышеперечисленных препаратов отменить нельзя, то об этом необходимо сообщить врачу, планирующему проводить Процедуру.

Возможные эффекты при проведении Процедуры:

- По ходу введения препарата возможно чувство зуда, распирания, крепитации, жжения, покалывания, а также пульсация и болевые ощущения, которые могут сохраняться от нескольких часов до 2-3 дней.
- Во время проведения Процедуры и после нее в месте введения препарата могут наблюдаться такие явления, как покраснение или побледнение кожи, отек, гематомы, следы от уколов, болезненность при надавливании. Это нормальные явления в ответ на сами инъекции и на введение препарата. Они не требуют лечения и проходят самопроизвольно в срок от 1-5 дней до 10-14 дней.

После проведения процедуры необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- в течение суток после Процедуры не мочить и не прикасаться к обработанной поверхности, не растирать и не массировать места инъекций.
- В день Процедуры рекомендуются любые виды физической активности, занятия спортом
- В течение 10-14 дней после Процедуры исключить инсоляции и тепловое воздействие (солнце, солярий, сауна, инфракрасная капсула, баня), а также сильное охлаждение кожи

Возможные побочные эффекты:

- Слабость, сонливость, головокружение
- Аллергические реакции кожи
- Головные боли

- Тошнота
- Повышение температуры тела
- Гематомы в месте инъекции
- Пигментация или депигментация в зоне инъекции
- Системные аллергические реакции
- Отек Квинке, анафилактический шок
- Инфицирование области введения препарата, купирующееся антибактериальной терапией
- Внутренние кровотечения
- Тромбозы и тромбоземболии
- Чувство жжения, покалывания или зуда на коже
- Шелушение кожи
- Гиперемия и отечность кожи
- Обострение хронических кожных заболеваний (угревой болезни. Атопического дерматита, псориаза, крапивницы и др.)
- Обострение герпетического процесса
- Вагусный синдром (брадикардия, падение АД, похолодание конечностей)

Правильно проведенная озонотерапия, осложнений не вызывает. Возможны только одинокие исключения, вызванные индивидуальной особенностью организма. Используя опыт профессионалов, вред озонотерапии сводится к нулю.

Лабораторные обследования перед озонотерапией:

1. Развернутый анализ крови
2. Свертываемость крови
3. Сахар крови
4. Онкомаркеры
5. Томография (по усмотрению специалиста)

Я предупрежден(а), что если какой-либо из побочных эффектов становится более выраженным или если проявляется побочный эффект, не перечисленный в данном списке, мне следует немедленно обратиться к своему лечащему врачу.

Я предупрежден (а), что в моих собственных интересах до начала проведения Процедуры исчерпывающим образом информировать врача:

- Об имеющихся у меня аллергических реакциях
- О своих вредных привычках
- О примененных мною в последние 30 дней медицинских препаратах
- О наличии у меня хронических заболеваний, в том числе состояний, связанных с патологией свертывания крови

Таким образом

- Я проинформирован(а) обо всех показаниях к процедуре и соглашаюсь с назначением Процедуры;
- Я проинформирован(а) обо всех противопоказаниях к настоящей процедуре, о необходимости пройти консультацию аллерголога, и подтверждаю, что на момент проведения процедуры противопоказания у меня отсутствуют;
- Цель, характер, способ, схема, этапы проведения Процедуры мне разъяснены. О возможных болевых ощущениях ил других негативных реакциях при проведении отдельных манипуляций во время процедуры и в период реабилитации после нее я предупрежден(а). Я проинформирован(а) о риске возникновения побочных реакций, осложнений и иных негативных последствий в результате выполнения Процедуры. Вместе с тем, мне понятно, что их наступление возможно, но необязательно.
- я предупрежден(а) также о вероятности возникновения в процессе проведения Процедуры и после нее прогнозируемых обстоятельств. Я согласен (согласна) на проведение мероприятий по предупреждению таких осложнений и реакций
- я предупрежден(а) и согласен (согласна), что при нарушении мною вышеуказанных рекомендаций, возможно частичное или полное недостижение ожидаемого от Процедуры результата, удлинение сроков реабилитации после нее, необходимость оказания иных косметологических услуг.
- я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации по указанным вопросам, а также несоблюдения мной рекомендаций врача по вопросам обследования у смежных специалистов, в результате проведения данной Процедуры может наступить повреждение моего здоровья. Об альтернативных видах косметологических услуг я информирован(а).
- я обязуюсь в реабилитационный период после Процедуры незамедлительно информировать лечащего врача об ухудшении состояния здоровья, иных негативных проявлениях, а также об обстоятельствах, при которых эти ухудшения возникли.
- Я подтверждаю, что мне даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы, и мне понятен смысл всех использованных терминов.

Внимание! При наличии лабильной сахарной кривой необходимо предупредить специалиста.

Пациент _____

Подпись

Назначение на проведение процедуры, информирование о ней, рекомендации до и после ее проведения провел

« _____ » _____ 20 ____ г.

С учетом сообщенных мне сведений, в соответствии со статьями Закона РФ №2300-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей» и ст.20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011г.), я даю информированное добровольное согласие на проведение вышеуказанного медицинского вмешательства (Процедуры).

В целях наглядного наблюдения динамики лечения, я даю согласие на фотографирование областей воздействия.

Пациент _____

« _____ » _____ 20 ____ г.