

## Информированное добровольное согласие на медицинский массаж

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство **Медицинский массаж**, которое отнесено к видам медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – 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 «МКС «БЕЛАЯ ЛАДЬЯ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

**Мне в полной мере и 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.

**Цели оказания медицинской помощи:** улучшение самочувствия пациента с достижением лечебного или реабилитационного воздействия вследствие уплотнения рыхлых органов, затвердения мягких, разрыхления плотных органов и размягчения твердых органов.

### Методы оказания медицинской помощи:

- классический (ручной массаж)
- рефлекторный (механические воздействия на области кожи, которые связаны с определенными сегментами спинного мозга)
- соединительно-тканый (массаж рефлекторных зон в соединительной ткани)
- периостальный (давящий массаж, направленный на костные поверхности или надкостницу) - точечный (направлен на узкоограниченные точечные участки ткани)
- восстановительный (массаж для снятия чувства усталости и утомления, включает в себя приемы классического массажа).

В зависимости от показаний каждый из видов массажа представляет собой механические раздражения тканей и органов специальными приемами поглаживания, растирания, поколачивания, разминки, вибрации.

**Вмешательство может быть общим и локальным.**

**Результаты оказания медицинской помощи** Улучшение самочувствия пациента с достижением реабилитационного или лечебного воздействия вмешательства.

### Я проинформирован о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:

- острая фаза инфекционных заболеваний (Грипп, ОРВИ, ангина)
- любые острые воспалительные процессы;
- кожные повреждения; кожные высыпания;
- болезни крови, внутренние кровотечения;
- злокачественные новообразования и опухоли;
- гнойные процессы любой локализации;
- беременность (нельзя массировать живот, поясничную область, мышцы бедер в период беременности, после родов и после аборта в течение двух месяцев).
- цинга;
- остеомиелит;
- осложненные формы варикозного расширения вен: тромбоз, тромбофлебиты и трофические язвы, любые острые воспаления кровеносных и лимфатических сосудов;
- аневризма аорты и сердца, острая ишемия миокарда;
- легочно-сердечная недостаточность третьей степени;
- гипер- и гипотонический криз;
- заболевания органов брюшной полости с склонностью к кровотечениям;
- активная форма туберкулеза;
- почечная и печеночная недостаточность;
- психические заболевания с чрезмерным возбуждением и значительно измененной психикой;
- состояние алкогольного или наркотического опьянения

**Я проинформирован о том, что:**

- обязательен перерыв между сеансами массажа 1-2 дня. Между курсами выдерживают паузу 3-6 месяцев.
- массаж относится к курсовой услуге, для достижения эффекта необходимо пройти назначенный лечащим врачом курс массажа;
- курсы массажа необходимо повторять минимум дважды в год;
- а для коррекции фигуры – 1 раз в квартал плюс поддерживающие 2-4 массажа в месяц (в зависимости от состояния);
- массаж для лица является профилактическим мероприятием и после прохождения курса необходимо проходить поддерживающие массажи 1-2 раза в неделю (в зависимости от состояния кожи лица и декольте);
- при проведении курса массажа по коррекции фигуры необходимо для усиления эффекта придерживаться рекомендаций массажиста по соблюдению диеты и режима физической нагрузки;

**Вероятные осложнения:**

- аллергическая реакция организма на применяемые масла и гели
- головные боли
- общая усталость
- боли в мышцах.
- сонливость
- чувство беспокойства
- побледнения или покраснения кожных покровов,
- изменениями величин АД, ЧСС, ЧД

**Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях,** которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

---

(указать какие, если имеются исключения)

**Я внимательно прочитал(а) информированное добровольное согласие, понял(а) его содержание и терминологию,** у меня была возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы в удовлетворяющей меня форме.

**Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.**

**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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).**

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

---

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

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

---

(подпись)

---

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)