

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство:
osteопатическая коррекция и мануальная терапия
МК пациента № {№_карточки_пациента}**

Я, {фио_пациента}, Д.р.: {дата_рождения_пациента}, Тел.: {моб._телефон_пациента}, зарегистрированный по адресу: {адрес_регистрации_пациента} (проживающий по адресу: {адрес_пациента}), находясь на лечении в {полное_наименование_клиники} ({огрн_клиники}, {инн_клиники}/{кпп_клиники}), даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: остеопатическая коррекция (мануальная терапия) – сведения о котором доведены до меня медицинским работником:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

До моего сведения доведена, мне разъяснена и понятна вся изложенная ниже информация.

Понятие и механизм остеопатической коррекции: лечение нарушений опорно-двигательного аппарата – смещений костей, мышечных напряжений, защемлений нервов, растяжений связок и сухожилий, возможное восстановление здорового кровоснабжения, лимфотока, обмена веществ, иннервации тканей.

Остеопатическая коррекция является курсовым медицинским вмешательством.

Для увеличения вероятности наступления результата **необходимо пройти курс, общей продолжительностью от 3 (трех) процедур с промежутком между ними не более 7 (семи) дней.**

Окончательную продолжительность курса определяет врач.

Показания к остеопатической коррекции:

головные боли (цефалгии), головокружение, боли в шее (цервикалгии), боли в спине (остеохондроз, «радикулиты», «прострелы»), нарушение свободы движений, онемение в конечностях), некардиальные боли в груди, межреберная боль, боли в суставах (артралгии), хлыстовая травма, последствия ДТП, последствия высоких спортивных нагрузок, растяжения мягких тканей, мышечные боли, спазмы мышц, некоторые ЛОР заболевания: частые простудные заболевания, синуситы, риниты, гаймориты, отиты, тугоухость, заболевания органов зрения: нарушение секреции слёзных желёз (синдром «сухого глаза»), близорукость, астигматизм, косоглазие, стоматологические заболевания, ортодонтические нарушения, заболевания внутренних органов (бронхиты, бронхиальная астма, дискинезия желчевыводящих путей, диафрагмальные грыжи, опущение внутренних органов (нефроптоз, гастроптоз), хронические гастриты и др.), нарушения репродуктивной функции, вызванные неорганическими причинами, некоторые гинекологические заболевания, менструальные боли, климактерические проявления, урологические заболевания, нарушения эректильной функции, последствия стресса, депрессии, синдром хронической усталости, расстройство сна, профессиональные заболевания (профилактика и коррекция).

Показания для лечения детей:

последствия родовых травм, функциональные расстройства ЖКТ (срыгивания, запоры, метеоризм и др.), частый плач без причины, беспокойство, головные боли, неврологические нарушения (энцефалопатия, минимальные мозговые дисфункции, неврозы, задержка психомоторного, речевого и интеллектуального развития, гипертонивно-гидроцефальный синдром), дисфункции опорно-двигательного аппарата: кривошеи, нарушения осанки, сколиозы и другие заболевания, энурез, нарушения внимания и поведения, раздражительность, неусидчивость, эмоциональная лабильность.

Противопоказания к остеопатической коррекции.

К абсолютным противопоказаниям относятся: острые лихорадочные состояния и гипертермия, в том числе неясной этиологии, острые инфекционные заболевания, хронические инфекционные заболевания в фазе обострения (в том числе остеомиелит, туберкулезный спондилит и др.), контактные заболевания кожи, ногтей, волос, системные заболевания крови, кровотечения или подозрение на кровотечение, системные заболевания соединительной ткани в период обострения, злокачественные новообразования любой локализации, доброкачественные образования (активный рост), острые воспалительные заболевания кровеносных и лимфатических сосудов, острый тромбоз, аневризма аорты и сердца, лёгочно-сердечная недостаточность 3-й степени, недостаточность кровообращения 3-й степени, гипертонический и гипотонический криз, острый коронарный синдром (ОКС), черепно-мозговая травма (острый период), острые нарушения мозгового кровообращения (острейший и острый периоды), острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты; острейший и острый периоды), острые и подострые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит и т.п.), выраженный остеопороз, ранний послеоперационный период при хирургических вмешательствах, гнойные процессы любой локализации, не установленный диагноз, психические заболевания с чрезмерным возбуждением, психологический отказ пациента от лечения.

К относительным противопоказаниям относятся: острые болевые синдромы, первый и последний триместр беременности, аномалии краниовертебральной зоны и шейного отдела позвоночника (в том числе аномалия Киммерли), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), кардиоваскулярные заболевания (в том числе, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, аритмии) в стадии декомпенсации, грыжа межпозвоночного диска в области шейного отдела позвоночника в остром периоде заболевания при выраженном болевом синдроме, заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации.

А также иные противопоказания на усмотрение медицинского работника, осуществляющего вмешательство.

Возможные осложнения и неблагоприятные последствия: боли мышц и суставов, головная боль, недомогание, озноб, слабость, тошнота.

Я осознаю, что остеопатическая коррекция может привести также к иным, не упомянутым в настоящем документе, осложнениям и неблагоприятным последствиям.

Я обязуюсь соблюдать следующие рекомендации врача: воздержаться от серьезных физических и эмоциональных нагрузок. В течение 2–3 дней после приема желательно не посещать бассейн, сауну и фитнес-клуб, отказаться от массажа и других процедур, предполагающих воздействие на тело.

Я понимаю, что если мне предстоит какая-либо физическая нагрузка, то я должен/должна предупредить об этом врача перед процедурой. Я обязуюсь соблюдать все рекомендации врача и своевременно информировать о любых изменениях моего состояния здоровья, если есть основания полагать, что они связаны с остеопатической коррекцией.

Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, регулярного посещения врача.

Со своей стороны, **я высказал(а)** все жалобы и поставил(а) медицинский персонал {полное_наименование_клиники} в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех индивидуальных особенностях и особых реакциях организма (об экологических и производственных факторах,

воздействующих на меня во время жизнедеятельности), о принимаемых лекарственных средствах за последние 6 месяцев и в настоящий момент.

Мне были даны рекомендации, разъяснена необходимость выполнения назначений и рекомендаций врача. Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть осложнения, за которые врач ответственности не несет. Никто, в том числе врач, не гарантировал мне получение желаемого результата или его совпадение с субъективно ожидаемым мной.

Остеопатическая коррекция предполагает «перестройку» в теле на уровне фасций, связок и сухожилий, что может вызывать временный дискомфорт в теле.

Полученная информация мне полностью понятна. Мне даны исчерпывающие ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с остеопатической коррекцией, информация о ней, рекомендации до и после проведения вмешательства.

Я осознаю возможные риски медицинского вмешательства – остеопатическая коррекция – а также отсутствие гарантий достижения предполагаемого результата медицинского вмешательства и даю свое информированное добровольное согласие на проведение указанного медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что у меня на день проведения данной процедуры нет никаких обострений хронических заболеваний или воспалительных процессов. Я подтверждаю отсутствие у меня противопоказаний, как указанных в настоящем документе, а также в опроснике (анкете), заполненной мной до медицинского вмешательства (в случае заполнения), так и не указанных, но о которых я был проинформирован медицинским работником перед проведением вмешательства.

Я не скрыл(а) никаких аллергических реакций от врача и полностью готов(а) к последствиям применения всех необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также к связанным с этим применением рискам и возможным неблагоприятным последствиям, в том числе не указанным в настоящем документе.

	{фио_пациента_(сокращенное)}
(подпись)	(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

(подпись)	(Ф.И.О. медицинского работника)