

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, паспорт

Ф.И.О. законного представителя

серия и номер паспорта

Выдан:

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения: [...], [...])

Добровольно даю свое согласие на проведение лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинского вмешательства:

- прокол мочек ушей.

Медицинский работник в моем присутствии разъяснил(а) мне методику проведения процедуры:

- Выбор и разметка места прокола на мочке уха с учетом симметрии.
- Двукратная антисептическая обработка мочки уха.
- Прокол осуществляется с помощью специального пистолета (Система 75), в который заряжается стерильная одноразовая серьга-игла в герметичной упаковке, вскрываемой при мне.
- Одним нажатием производится прокол с одновременной установкой серьги и ее застёжки.
- Мне разъяснено, что процедура является быстрой и малоболезненной.

После проведения процедуры в редких случаях возможны осложнения:

- Локальный воспалительный процесс.
- Экхимозы/гематомы (синяки) в области мочки уха.
- Аллергическая реакция на металл или антисептик.
- Формирование келоидных или гипертрофических рубцов.

Даны рекомендации по постпроцедурному уходу:

- В течение 1 месяца не снимать установленные серьги-иглы.
- Обработка мочки уха с обеих сторон раствором антисептика (водный раствор хлоргексидина) 3-5 раз в день, в течение двух недель. Во время обработки аккуратно прокручивать серьгу.
- После каждого контакта прокола с водой (душ, бассейн) дополнительно обрабатывать его антисептиком.

- Откажитесь от посещения бани, сауны, открытых водоемов в течение 2-3 недель.
- Осторожно надевайте одежду через голову, чтобы не зацепить серьгу. Особенно осторожно следует быть с головными уборами.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всю информацию, включая методику, возможные осложнения и рекомендации по уходу. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие вопросы, и я получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Законный представитель рекомендации получил __

V _____

Дата: [...]

Подпись законного представителя __ V _____

Подпись специалиста _____ / [...]