

**Медицинская карта пациента -
нормативные требования и
маркетинговые возможности
документа.**

Зорилэ В.В.
Генеральный директор ООО «МедЭс»

ПЛАН ДОКЛАДА

1. Нормативные требования

- нормативные документы
- порядок заполнения
- диагноз по МКБ-10
- разрешенные услуги
- контрольная карта диспансерного наблюдения
- анонимность пациента

2. Маркетинговые аспекты

- первичный осмотр
- повторный прием
- информированный отказ от лечения, информированное согласие
- договор
- формат

Медицинская карта амбулаторного больного –

основной первичный медицинский документ
больного, лечащегося амбулаторно или на дому.

Приказ Минздравсоцразвития РФ №255 от 22.11.2004 г.
«О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам,
имеющим право на получение набора социальных услуг»

Цели ведения медицинской карты:

1. Юридическая безопасность работы

- при проверках (соблюдение нормативных требований)
- при претензиях (материал для доказательства качества оказанных услуг)

2. Контроль за деятельностью медицинского персонала

3. Нормирование деятельности медицинского персонала в соответствии с алгоритмами и стандартами клиники

4. Дополнительный инструмент продаж

Список нормативно-правовых актов, определяющих необходимость и порядок ведения медицинской карты пациента:

- 1. ФЗ №323 от 21.11.2011 г. (статья 37) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**
- 2. Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»**
- 3. Постановление Правительства РФ №1152 от 12.11.2012 г. «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»**
- 4. Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н от 18.04.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология»»**
- 5. Приказ Минздравсоцразвития РФ №415н от 07.07.2009 г. «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»**
- 6. Приказ Минздравсоцразвития РФ №255 от 22.11.2004 г. «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»**

ФЗ №323

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

от 21.11.2011 г.

Статья 37 п. 2

Устанавливает порядок оказания медицинской помощи, в том числе:

- **Стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений**
- **Рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений**
- **Стандарт медицинской помощи**

**Постановление Правительства РФ №1006
«Об утверждении Правил предоставления медицинскими
организациями платных медицинских услуг»
от 04.10.2012 г.**

Определяет необходимость:

- Письменного договора и требований к нему (ст. 6, ст. 14, ст. 17)
- Информированного согласия (ст. 28)
- Документа о последствиях несоблюдения указаний медицинского работника (ст. 15, ст. 14в)
- Документа, подтверждающего выполнение услуг в соответствии с порядками оказания и стандартами медицинской помощи, которые утверждены Минздравом РФ (ст. 14)



- сайт (ст. 11)

- письменное уведомление о последствиях несоблюдения указаний мед. работника до заключения договора (ст. 15)

**Постановление Правительства РФ №1152
«Об утверждении Положения о государственном контроле
качества и безопасности медицинской деятельности»
от 12.11.2012 г.
Статья 12**

Устанавливает мероприятия, осуществляющиеся при проведении проверок
ΔПУ:

• **Рассмотрение документов и материалов, характеризующих соответствие оказанной медицинской помощи утвержденным порядкам и стандартам**

• **Оценка соблюдения порядков оказания медицинской помощи, в том числе:**

- стандартов оснащения
- рекомендуемых штатных нормативов
- обоснованность назначения медицинских услуг

• **Оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе:**

- обоснованности назначения медицинских услуг
- обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов

**Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи
населению по профилю «Косметология»»
от 18.04.2012 г.**

Устанавливает:

- **Стандарты оснащения косметологических кабинетов**
- **Перечень услуг, которые оказываются в косметологических кабинетах**
- **Порядок оказания услуг в косметологических кабинетах**
- **Рекомендованное штатное расписание**



- определены понятия первичного и повторного обращения пациента при оказании врачебных услуг, а также порядок действий при первичном и повторном обращении.

- нормативно определены требования к рекомендации средств домашнего ухода

- определено требование: все манипуляции (в т.ч. массаж), осуществляющиеся средним медицинским персоналом, должны проводиться только по назначению врача

**Приказ Минздравсоцразвития РФ №381н
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи
населению по профилю «Косметология»»
от 18.04.2012 г.**

Устанавливает требования к следующим кабинетам:

- **Кабинет лечения волос**
 - **Кабинет аппаратных методов лечения в косметологии**
 - **Кабинет лечения болезней ногтей**
 - **Кабинет медицинского массажа лица и тела**
 - **Кабинет для проведения деструкции новообразований**
- + определяет порядок удаления новообразований с обязательным патоморфологическим исследованием
- + определяет порядок действий при подозрении на злокачественное образование

**Приказ Минздравсоцразвития РФ №255
«О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи
гражданам, имеющим право на получение набора социальных
услуг»
от 22.11.2004 г.**

Определяет форму и порядок заполнения медицинской карты пациента



Набор социальных услуг определен ФЗ №178 «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 г.

В статье 6.1 перечислены категории граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг

В статье 6.2 определен перечень услуг, входящих в набор социальных услуг

Предшествующий документ:
Приказ Минздрава СССР № 1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного» от 31.12.1987 г., утвердивший форму 025/у-87

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

12

Форма № 025/У-04

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации		Медицинская документация Форма № 025/у-04 _____
_____ (наименование медицинского учреждения)		утверждена приказом Минздравсоцразвития России
_____ (адрес)		от _____ № _____
Код ОГРН	<input type="text"/>	
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО № _____		
1. Страховая медицинская организация	_____	
2. Номер страхового полиса ОМС	<input type="text"/>	
		3. Код льготы <input type="text"/>
4. СНИЛС	<input type="text"/>	
5. Фамилия	_____	
6. Имя	_____	
7. Отчество	_____	
8. Пол: М Ж	_____	
9. Дата рождения	_____ (число, месяц, год)	
10. Адрес постоянного места жительства: область _____, район _____, населенный пункт _____, улица _____, дом _____, корпус _____, квартира _____		
11. Адрес регистрации по месту пребывания: область _____, район _____, населенный пункт _____, улица _____, дом _____, корпус _____, квартира _____		
12. Телефо́н домашний _____ служебный _____		
13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, №, серия, дата, кем выдан)	_____	
14. Инвалидность	_____	
15. Место работы _____ (наименование и характер производства) профессия _____, должность _____, иждивенец _____		
16. ПЕРЕМЕНА АДРЕСА И МЕСТА РАБОТЫ		
Дата	Новый адрес (новое место работы)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Инструкция по заполнению формы № 025/У-04

1. Заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью
2. На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская Карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей
3. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью
4. На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинского учреждения, в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН
5. Вносится номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинским учреждением
6. Указывается наименование страховой компании, выдавшей страховой медицинский полис ОМС
7. Вписывается номер страхового медицинского полиса ОМС в соответствии с бланком представленного полиса. В строке 3 проставляется код льготы
8. Проставляется страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг

Инструкция по заполнению формы № 025/У-04

9. ФИО, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность
10. Указываются заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным. Запись делается на основании "Контрольной карты диспансерного наблюдения" (форма N 030/У-04)
11. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет
12. Заполнение листа заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы
13. Когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения

Приказ Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра»

«В целях реализации задач Государственной программы перехода Российской Федерации на принятую в международной практике статистическую систему и достижения статистической сопоставимости отечественной и зарубежной медицинской информации приказываю:

Органам и учреждениям здравоохранения осуществить переход на МКБ-X - как единого международного нормативного документа для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении - с 01.01.99 (пункт в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 января 1998 года N 3)»

МКБ-10

www.mkb-10.com

L20.9 Атопический дерматит неуточненный

L21. Себорейный дерматит

L23. Аллергический контактный дерматит

L23.2. Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами

L23.3. Аллергический контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей

L27. Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь

L30.9. Дерматит неуточненный

L52. Эритема узловатая

L53. Другие эритематозные состояния

L53.9. Эритематозное состояние неуточненное

L55-L59. Болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с воздействием излучения

L60. Болезни ногтей

L64. Андрогенная алоpecia

L68. Гипертрихоз

L70. Угри

L68.1 Гипертрихоз пушковыми волосами приобретенный

L64.9 Андрогенная алоpecia неуточненная

МКБ-10

L68.9. Гипертрихоз неуточненный

L71. Rosacea

L71.0. Периоральный дерматит

L71.8. Другой вид розацеа

L71.9. Розацеа неуточненного вида

L80. Витилиго

L85.2. Кератоз точечный (ладонно-подошвенный)

L81.9. Нарушение пигментации неуточненное

L85. Другие эпидермальные утолщения

L85.1. Приобретенный кератоз ладонно-подошвенный

L81.3. Кофейные пятна

L81.4. Другая меланиновая гиперпигментация

D10-D36 Доброкачественные новообразования

D17. Доброкачественное новообразование жировой ткани.

D18. Гемангиома и лимфангиома любой локализации

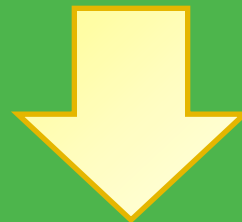
D21. Другие доброкачественные новообразования соединительной и других мягких тканей

D22. Меланоформный невус

D31. Доброкачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата

R61. Гипергидроз

Нет диагнозов по возрастным изменениям



**Можно сформулировать диагнозы самостоятельно
(в рамках внутренних стандартов)**

Перечень работ (услуг)

* Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Перечень услуг должен быть составлен в соответствии:

**•с Приказом Минздравсоцразвития РФ №1664н от 27.12.2011 г.
«Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»**

Устанавливает номенклатуру услуг в ЛПУ

**•с Приказом Минздравсоцразвития РФ №381н от 18.04.2012 г.
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи
населению по профилю «Косметология»»**

Косвенно устанавливает перечень услуг в кабинете косметолога

•с Лицензией на осуществление медицинской деятельности

Требование Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 пункт 3

**•с Государственным Реестром Новых Медицинских Технологий
(выпуск 3)**

Включает перечень разрешенных к применению методик

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ:



1. Морщины
2. Гравитационный птоз
3. Общее снижение тургора
4. Сухость кожи
5. Нарушение пигментации
6. Купероз
7. Акне и расширенные поры
8. Коррекция формы лица и губ
9. Гипертрихоз
10. Кожные новообразования
11. Сосудистые изменения
12. Рубцы и стрии
13. Целлюлит
14. Коррекция фигуры (диетология)
15. СПА-процедуры
16. Анти-эйджинг
17. Гипергидроз

В соответствии с Постановлением Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Договор должен содержать:

-фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

-фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

-наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Патристическое Управление СССР
№ 02 1985 г. № 1030, № 1338
© 2000 Беларусь-Интернет-Сервис

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

№

Пациент:

Пол: М Ж Дата рождения:

Д. т.:

Р. т.:

М. т.:

Адрес:

Профессия:

Медицинская документация
Формы № 025/у-07
Утверждена Минздравом СССР
04.10.1985 г. № 1030, № 1338

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

номер

Пациент:

фамилия

имя

отчество

Пол: М Ж Дата рождения:

Адрес:

город

улица

дом корпус квартира

Телефоны:

домашний код номер

рабочий код номер

мобильный код номер

E-mail:

Тип оповещения:

телефон Д Р М

почта

e-mail

отказ от оповещения

подпись пациента

Регламентировано:

**Приказ
Минздравсоцразвития
РФ №381н от 18.04.2012**
«Об утверждении порядка
оказания медицинской
помощи населению по
профилю «Косметология»»
Пункт 5

При первичном обращении пациента врач-косметолог:

- оценивает жалобы пациента, структурную целостность и функциональную активность покровных тканей, выявляет конкретные дефекты и нарушения, требующие проведения косметологической коррекции;
- информирует пациента о процедурах для самостоятельного выполнения; дает рекомендации по уходу за покровными тканями организма, в том числе проводит обучение необходимым гигиеническим навыкам;
- заполняет медицинскую документацию в установленном порядке;
- составляет план необходимого обследования и лечения;
- назначает медицинские процедуры для выполнения средним медицинским персоналом;
- выполняет медицинские процедуры, необходимые для коррекции выявленных нарушений и дефектов.

ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ

26

ОБЩИЙ ОСМОТР

Прием медикаментов

антибиотики _____

сульфаниламиды _____

антикоагулянты _____

противогрибковые _____

ретиноиды _____

гормональные (в т.ч. мази) _____

Наличие водителя ритма _____

Наличие эндопротеза _____

Плазмаферез _____

Гинекологический анамнез

Беременность: всего

Роды: всего дата последних:

Цикл: регулярный — дней нерегулярный

Менопауза с

Методы контрацепции _____

Заболевания _____

Физическая активность

спорт _____ фитнес _____

бассейн _____ сауна _____

Диета нет да: _____

Используемые дома косметические средства

Лицо:

Тело:

Регулярность обращения к косметологу

регулярно, 1 раз в _____ нерегулярно

периодически, курсовые процедуры _____

ОБЩИЙ ОСМОТР

Использовались ли ранее следующие методы (если «да», то когда):

химические пилинги АНА, ТСА _____

контурная пластика _____

лазерная шлифовка _____

инъекции БОТОХ _____

мезотерапия _____

микродермабразия _____

фотокосметология _____

методы коррекции фигуры _____

С моих слов записано верно:

Ф. И. О. пациента Подпись пациента

3. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Конституциональный тип:

нормостеник гиперстеник астеник

Масса тела: кг, колебания за последний год — кг,
за 3–5 лет — кг,

Рост: см

Избыточная масса тела (по типу):

андроидное гиноидное смешанное

ИМС (индекс массы тела):

Норма (20–25) Недостаточный (<20) Избыточный (>25)

Тип кожи: нормальная смешанная сухая

жирная чувствительная

Тип оволосения: женский мужской

Наличие высыпаний:

пустулы _____ папулы _____

ТАЗ _____ пигментные пятна _____

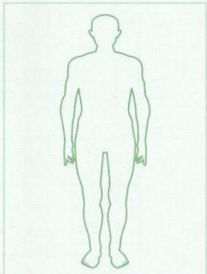
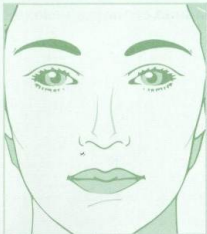
Фототип кожи: 1 2 3 4 5

ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ

27

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР

Status localis



Form with grid for notes.

✓ ОБЩИЙ ОСМОТР

4. ДИАГНОЗ

Предварительный

Окончательный

Form with grid for notes.

ПЕРВИЧЬЙ ПРИЕМ

31

Время первичного приема по нормативу: **30 мин.**

I. Осмотр косметолога-дерматолога

16 ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА

ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА

Причины обращения

<input type="checkbox"/> общий уход за кожей лица, тела	<input type="checkbox"/> морщины
<input type="checkbox"/> расширенные сосуды	<input type="checkbox"/> новообразования
<input type="checkbox"/> угревая болезнь	<input type="checkbox"/> избыточный рост волос
<input type="checkbox"/> пигментные пятна	<input type="checkbox"/> избыточная масса тела
<input type="checkbox"/> целлюлит	<input type="checkbox"/> рубцы
<input type="checkbox"/> иное _____	

Диета

да _____
 нет _____

Используемые косметические средства

лицо _____
 тело _____

Регулярность обращения к косметологу

регулярно, 1 раз в _____ периодически, курсовые процедуры
 нерегулярно _____

Anti Age Tehnology

ОСМОТР КОСМЕТОЛОГА-ДЕРМАТОЛОГА 17

Как часто загораете на солнце, в солярии:

часто редко иногда

Пользуетесь ли солнцезащитными средствами:

да _____
 нет _____

Использовались ли ранее следующие методы (если «да», то когда):

<input type="checkbox"/> химические пилинги АНА, ТСА	<input type="checkbox"/> контурная пластика
<input type="checkbox"/> лазерная шлифовка	<input type="checkbox"/> инъекции БОТОХ
<input type="checkbox"/> мезотерапия	<input type="checkbox"/> микродермабразия
<input type="checkbox"/> фотокосметология	<input type="checkbox"/> методы коррекции фигуры
<input type="checkbox"/> курсы очищения организма от шлаков	

С моих слов записано верно

_____ фамилия, имя, отчество пациента _____ подпись пациента

Anti Age Tehnology

2. Осмотр врача anti-age

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE 7

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE

Жалобы

Распорядок дня

Во сколько просыпаетесь _____

Во сколько встаете _____

Зарядка (др. физ. упражнения: BodyFlex, Цигун, Йога и пр.) _____

Завтрак (время, рацион) _____

Обед (время, рацион) _____

Ужин (время, рацион) _____

Физическая активность в течение дня: очень низкая низкая средняя высокая

Лик активности в течение суток _____

Во сколько ложитесь спать _____

Во сколько засыпаете _____

Характер сна: спокойный беспокойный со сновидениями

Просыпаетесь отдохнувшими: да нет

Anti Age Tehnology

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE 8

ОСМОТР ВРАЧА ANTI-AGE

Пищевые привычки

	нет	да (как часто)
Мясо		
красное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
белое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
копченое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гриль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
сырое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колбасы		
варенные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
копченые	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рыба		
красная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
белая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
жаренная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
гриль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
тушеная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соотношение рыба/мясо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Морепродукты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	нет	да (как часто)
Овощи (уточнить, какие)		
Брокколи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Томаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Томатный соус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кетчуп	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Томатный сок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Морковь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соки		
морковный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
апельсиновый	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anti Age Tehnology

Регламентировано:

**Приказ
Минздравсоцразвития
РФ №381н от 18.04.2012**
«Об утверждении порядка
оказания медицинской
помощи населению по
профилю «Косметология»»
Пункт 6

При повторных обращениях пациента врач-косметолог:

- оценивает динамику состояния комплекса покровных тканей в процессе проводимых медицинских манипуляций и косметологической коррекции;
- оценивает клиническую эффективность проводимых медицинских вмешательств и выполнение пациентом врачебных рекомендаций и назначений и при наличии медицинских показаний вносит коррективы в проводимое лечение;
- выполняет медицинские процедуры и манипуляции для коррекции выявленных нарушений и дефектов;
- контролирует проведение назначенных медицинских процедур средним медицинским персоналом;
- в медицинской документации делает записи о состоянии пациента и динамике клинической картины.

ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ

33


При повторных обращениях:

-Оценка динамики состояния

-Клиническая эффективность

делается запись в
медицинской документации

ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ



ВЫПОЛНЕНО


РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача

Подпись врача

Подпись пациента

ДАТА



ВЫПОЛНЕНО

РЕКОМЕНДОВАНО


Фамилия врача

Подпись врача

Подпись пациента

ДАТА

ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ



ВЫПОЛНЕНО


РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача

Подпись врача

Подпись пациента

ДАТА



ВЫПОЛНЕНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Фамилия врача

Подпись врача

Подпись пациента

ДАТА

Регламентировано:

**Постановление
Правительства РФ
№ 1006 от 04.10.2012**
«Об утверждении Правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг»
Статья 28, Статья 14в

Информированное согласие на процедуру коррекции мимических морщин, локального гипергидроза, уменьшения или полного устранения головных болей, обусловленных мышечным гипертонусом препаратом Botox

Показания к процедуре:

– выраженная мимическая активность, ведущая к образованию мелких, средних, глубоких морщин;

– выраженная потливость подмышечных впадин, ладоней, подошв, мигрени, обусловленные мышечным гипертонусом.

Ожидаемый эффект:

Уменьшение мимических морщин, лифтинг кожи, снижение потливости, уменьшения или полного устранения головных болей. Степень коррекции проблем зависит от дозы вводимого препарата, а именно, для коррекции тех же проблем у мужчин требуется доза, превышающая среднестатистическую у женщин в 2–3 раза. Коррекция данных проблем у пациентов старше 40 лет выражена более длительно по времени, 6–8–10 мес. По данным Международной ассоциации пластических хирургов, частота двигательных расстройств и нечувствительность к проведенному лечению составляет 0,01%.

Альтернатива:

Хирургические методы коррекции морщин и гипергидроза. Коррекция глубоких морщин биодegradирующими гелями.

Срок наступления эффекта:

Действие препарата наступает от 2 часов до 10 дней после проведенной инъекции.

Сроки для оценки результатов:

Окончательный осмотр эффекта процедуры через 7–10 дней.

Срок сохранения эффекта:

Срок эффективного действия препарата

составляет 4–6–8 месяцев, зависит от индивидуальных свойств организма.

Возможная кратность процедур:

Повторные процедуры могут выполняться с интервалом 1 раз в 4 месяца, после исчезновения эффекта или значительного уменьшения от предыдущей инъекции.

Для профилактики образования антител к препарату, интервал между повторными инъекциями должен превышать 2 месяца.

Противопоказания:

- миастения высокой степени;
- гемофилия;
- прием антибиотиков-аминогликозидов;
- беременность;
- лактация;
- гнойные процессы в месте предполагаемой инъекции.

Возможные осложнения:

- птоз (ощущение верхнего века);
- нечеткость зрения;
- диплопия (двоение изображения);
- субфебрильная температура тела (в первые сутки после процедуры);
- дисфагия (нарушение глотания);
- осиплость голоса;
- слабость окружающих мышц;
- тошнота;
- слезотечение;
- сухость глазного яблока;
- опущение бровей;
- подкожные кровоизлияния в местах инъекций;
- асимметрии мышц лица.

Рекомендации по подготовке к процедуре:

Специальной подготовки не требует. Не следует выполнять процедуру у женщин в менструальном периоде из-за риска образования синяков.

Ощущения во время процедуры:

Незначительные ощущения в местах вкола. Для снижения болезненности в момент инъекции требуется применение обезболивающего крема «Эмла» (сам препарат безболезненный).

Восстановительный период:

Возможные последствия восстановительного периода связаны с инъекционным путем введения препарата:

- гематомы;
 - точечные корочки.
- Эти реакции могут проявляться сразу после инъекции и самопроизвольно исчезают в сроки от 1 до 7 дней.

Рекомендации по восстановительному периоду:

При наличии гематом рекомендовано применение наружных средств для их скорейшего разрешения. В течение 7 дней после процедуры исключаются: прием антибиотиков-аминогликозидов, процедуры с разогревающим эффектом (массаж, термомаски, баня, сауна, бассейн, солярий), активные физические нагрузки, употребление алкоголя. В дальнейшем: электропроцедуры, мезотерапия, массаж в зоне инъекций.

Для достижения ожидаемого эффекта врачом могут быть назначены дополни-

тельные процедуры и сопутствующая терапия. В случае невыполнения рекомендаций желаемый эффект может быть не достигнут.

Содержание, результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом. Полученные мною объяснения мне понятны и полностью меня удовлетворяют. Я даю свое согласие на фотографирование до, и после процедуры с целью сравнения полученных результатов.

Несмотря на то, что предполагается улучшение состояния обработанных участков кожи, точно предсказать степень этого улучшения не представляется возможным.

Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда асимметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, которые могут сохраниться после процедуры.

Я понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на процедуру.

дата

подпись пациента

Регламентировано:

**Постановление
Правительства РФ
№1006 от 04.10.2012
«Об утверждении Правил
предоставления медицинскими
организациями платных
медицинских услуг»
Статья 15**

**До заключения договора
исполнитель в
письменной форме
уведомляет потребителя
о том, что несоблюдение
рекомендаций мед.
работника может
привести к
нежелательным
последствиям...**

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____
фамилия, имя, отчество пациента

амбулаторная карта № _____ Договор № _____ от ____ . ____ . ____ г. на основании предоставленной мне врачом информации о рекомендованных мне процедурах по причине моего обращения:

1. Признаю, что вся информация, описывающая результаты, как самого лечения, так и отказа от него, мне полностью объяснена; у меня нет сомнений в компетентности специалистов, предоставивших ее мне в соответствии с действующим законодательством.
2. Оставляю за собой право получения внешних консультаций иных специалистов и изменения принятого мной ранее решения об отказе продолжения лечения в любое время; вместе с тем я признаю, что врачи ООО «Феличе» не несут никакой ответственности за время, упущенное мной с момента получения рекомендации (а именно с момента подписания мной вышеуказанного Договора) до момента вероятного изменения моего решения.
3. Понимаю, что подписанный мною информированный отказ ведет к невыполнению со стороны ООО «Феличе» пунктов 2.1.1 и 2.1.3 заключенного Договора, которое наступило по моей вине.
4. Принимаю свободное, независимое и, оправданное с моей точки зрения, решение об отказе от проведения (продолжения) предложенных мне следующих лечебных процедур и рекомендованных средств лечения:

ДАТА	ПРОЦЕДУРА	ПОДПИСЬ

международное партнерство Anti-Age Tehnology медицинского консалтинга

❑ **Сброшюрованный в одну книгу**

Недостатки:

- **Не все первичные пациенты идут на услуги**
- **Моноуслуги**
- **Расширение ассортимента**
- **Договор на каждую услугу**

❑ **В виде обложки с данными первичного приема (остальные документы в виде вкладок)**



Где найти или заказать?

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ООО «МедЭстетика»

Москва

8-800-555-41-14

www.medespro.ru