

Многопрофильный лечебно-диагностический центр "Особый Статус"
ООО «ПЕРВЫЙ МЕД», ИНН 3906364443

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВКЛЮЧЕННЫЕ 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

Я, Представительный Представ Представович, дата рождения 16.08.1990, зарегистрирован(а) по адресу: Калининградская область, Гурьевский р-н, поселок Добино, Карамельная, д. 5, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5.05.2012 № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь: Таслов Тест Тасович, дата рождения 11.11.1999.

ООО «ПЕРВЫЙ МЕД», медицинским работником Иванов Николай Юрьевич в доступной для меня форме мне 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. 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 21.11.2011 № 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

Представительный Представ Представович 15161718

(подпись)

(ф. и. о. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

Иванов Николай Юрьевич

(ф. и. о. медицинского работника)

08 сентября 2023 г.

(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

236001 г.Калининград, ул. П.Панина, дом 8А
+7 (4012) 971-961, e-mail: info@imed39.ru, http://osobystatus.ru
ООО «ПЕРВЫЙ МЕД» ИНН 3906364443

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ

Подписывая данный документ я, Представительный Представ Представович, дата рождения 16.08.1990,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: Калининградская область, Гурьевский р-н, поселок Добирино, Карамельная, д. 5,
находясь на лечении (обследовании) в МЛДЦ "Особый Статус",
добровольно даю свое согласие на операцию _____

и прошу персонал подразделения о её проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной операции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции или после нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Так же Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями, связанными с особенностями течения моего заболевания, и даю свое согласие на это.

Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови (и ее компонентов).

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанную операцию.

08.09.2023

Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач

Иванов Николай Юрьевич

(ФИО, должность)

подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ

«Редукционная маммопластика при геникомастии».

Ф.И.О. пациента:

Тестов Тест Тестович

1. Я доверяю хирургу Иванов Николай Юрьевич и его ассистентам выполнить мне операцию «РЕДУКЦИОННУЮ МАММОПЛАСТИКУ ПРИ ГЕНЕКОМАСТИИ» (удаление тканей молочных желез без удаления сосково-ареолярного комплекса).

2. Сущность и эффект этой операции, риск и возможные осложнения, а также все альтернативные методы лечения были подробно объяснены мне оперирующим **Хирургом** и **Я** осознал их.

3. **Мною**, на основании обсуждения с оперирующим **Хирургом**, выбран метод, когда кожный рубец будет локализоваться:

<input type="checkbox"/>	В нижней трети ареолы на границе пигментированной и не пигментированной кожи
<input type="checkbox"/>	В нижней трети ареолы, зигзагообразный на границе пигментированной и не пигментированной кожи.
<input type="checkbox"/>	Дополнительный разрез до 3 мм по передней подмышечной линии в проекции 4-5 ребра для проведения липосаспирации

4. Рубец может иметь неровные контуры (иметь вид сборчатого), которые через в течении нескольких недель после операции сглаживаются, цвет и структура рубца могут отличаться от тканей его окружающих, в течении 3-4 месяцев рубец будет розовым, в дальнейшем белым.

5. Следующие положения среди прочих должны быть особенно прояснены:

а. Рубцы после операции, не зависимо от выбранного хирургического метода, постоянны.

б. Симметрия сосков, ареол не всегда может быть достигнута, тем более, если ее не было в исходе (до операции), что зафиксировано на предоперационных фотографиях.

в. Осложнения после редукционной маммопластики при геникомастии могут быть такими же, как и после любого другого хирургического вмешательства - это возникновение кровотечения и инфекции, что повлечет за собой дополнительные лечебные процедуры не входящие в выбранный план лечения.

г. Существует вероятность, что кровоснабжение соска, ареолы, а также участка кожи над молочными железами может ухудшиться, что приведет к развитию локального некроза (гибель тканей). Это может потребовать применения дополнительных лечебных процедур и манипуляций (реконструкции мягких тканей) данные мероприятия дополнительные и не включены в выбранный план.

д. Насколько известно, достоверных сведений о том, что данная операция повышает риск развития злокачественных заболеваний молочной железы, на настоящий момент нет

е. Удаление тканей молочной железы не исключает развитие в последующем внутритротоковых образований, новообразований соска или ареолы.

ж. Отек и экхимозы (черные и голубые пятна), синяки, гематомы (ограниченное скопление крови), серомы (ограниченное скопление жидкости) исчезают через 2-3 недели после операции, возможно раньше, это зависит от регенераторной возможностей организма и от проводимого дополнительного лечения.

з. Несколько месяцев необходимо, чтобы ткани в области молочных желез приняли окончательную форму: ушли западения, втяжения и неровности, возможно, в отдаленный период понадобится дополнительно оплачиваемой процедуры по возмещению и/или перераспределению объема с помощью свободно пересаживаемого жира полученного у пациента (липграфтинг), либо проведение дополнительной процедуры липосакции.

и. Не всегда цель может быть достигнута, несмотря на то, что все попытки придать каждой молочной железе, включая сосок и ареолу, естественный и красивый внешний вид были сделаны.

к. Чувствительность зоны над областью молочной железы, включая сосок и ареолу, как правило, повреждается и может быть снижена. При свободной пересадке сосково-ареолярного комплекса чувствительность соска и ареолы исчезает полностью.

6. **Я доверяю Хирургу** произвести любую процедуру, которую он считает необходимой в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, которые могут произойти во время операции.

7. **Я** даю согласие на проведение мне местной инфильтрационной анестезии **Хирургом** и соглашаюсь с приемом препаратов необходимых во время проведения операции.

8. **Я** осознаю, что медицина и хирургия не являются точными науками и, что даже опытные практики, не могут гарантировать результат. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны **Хирургом** и ни кем-либо другим в отношении будущих результатов.

9. **Я** понимаю, что две половины человеческого тела не являются одинаковыми и не могут быть сделаны одинаково.

10. **Я** даю согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

11. **Я** даю разрешение **Хирургу** и его ассистентам производить фотографирование и съемку. Мое разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

12. **Я** согласен на проведение курса антибактериальной терапии в целях профилактики инфекционных осложнений.

13. **Я** отрицаю у себя аллергические реакции на все, кроме

14. **Я** подтверждаю, что в течение 3 недель до операции не принимал антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля, витамин Е.

15. **Я** предупрежден о необходимости в послеоперационном периоде ношения специального давящего белья или давящей повязки не менее 4 недель в течении суток и 2 недель в последующем в течении ночи. Предупрежден что занятия спортом и подъем тяжестей, рук выше плечевого пояса в течении 2 месяцев запрещены. Посещение бассейна, бань, саун в течении 4 недель запрещены. В течении 5 дней нельзя мочить места разрезов, принимать ванную, распариваться.

16. **Я** осознаю, что несколько месяцев необходимо, чтобы зона над проекцией удаленных молочных желез приняла окончательную форму.

Своей подписью удостоверяю: что

Я прочитал настоящее соглашение;

Разъяснения, данные мне выше, были сделаны с целью удовлетворения моего интереса, они сделаны в понятной и доступной для моего понимания форме;

Я согласен с предлагаемым планом лечения, альтернативные методы лечения мной отвергнуты, план выбран мной без принуждения;

Я полностью понял и осознал данные разъяснения и информацию содержащуюся в настоящем соглашении.

Подпись пациента		Дата: 08.09.2023 г.
Подпись представителя пациента		Дата: 08.09.2023 г.

Подпись хирурга		Дата: 08.09.2023 г.
------------------------	--	----------------------------

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ

«Ретидэктомия (устранение избытков кожи лица)».

Ф.И.О. пациента:

Тестов Тест Тестович

1. Я доверяю хирургу Иванов Николай Юрьевич и его ассистентам выполнить мне операцию «РЕТИДЭКТОМИЮ без иссечения, пликаци, лигатурной подтяжки SMAS (мышечно-апоневротического слоя) то есть, только уменьшение избытков кожи лба, средней трети лица и шеи (не нужно зачеркнуть), далее по тексту «Операция».

2. Сущность и эффект этой операции, риск и возможные осложнения, а также все альтернативные методы лечения были подробно объяснены мне оперирующим Хирургом и Я осознал(а) их.

3. Мною, на основании обсуждения с оперирующим Хирургом, выбран метод, где кожный рубец будет локализоваться:

В волосистой части головы: сплошной (от уха до уха) / или 4 отдельных рубца - вдоль сагиттальной плоскости– не нужно зачеркнуть

Косовосходящий в височной области, предушный (прекозелковый, позади козелковый) переходящий в заушную область (восходящий кверху) и	
ДА	НЕТ
В волосистой части головы: сплошной (от уха до уха) / или 4 отдельных рубца - вдоль сагиттальной плоскости– не нужно зачеркнуть	

Горизонтальный заушной области переходящий в затылочную на границе роста волос и	
ДА	НЕТ
Косовосходящий в височной области, предушный (прекозелковый, позади козелковый) переходящий в заушную область (восходящий кверху) – не нужно зачеркнуть	
ДА	НЕТ
В волосистой части головы: сплошной (от уха до уха) / или 4 отдельных рубца - вдоль сагиттальной плоскости– не нужно зачеркнуть	

4. При локализации рубца заушной области, последний может иметь неровные контуры (иметь вид сборчатого), которые через несколько недель (ориентировочно 3-4 недели) после операции сглаживаются.

5. Следующие положения среди прочих должны быть особенно прояснены:

а. Рубцы после операции, не зависимо от выбранного хирургического метода, постоянны. Не всегда рубец после операции имеет однородную консистенцию, цвет и форму на всем своем протяжении, связано это с особенностями моего организма, его способности к регенерации (заживлению).

б. Несмотря на то, что целью операции является: симметричная отсепаровка мягких тканей лица и последующее симметричное иссечение сформированных в ходе этой манипуляции избытков кожи, не всегда симметрия лица (слева и справа) может быть достигнута по итогам операции, так как две половины человеческого тела не являются одинаковыми (это зафиксировано на предоперационных фотографиях) и не могут быть сделаны одинаково.

в. Осложнения после операции могут быть такими же, как и после любого другого хирургического вмешательства - это возникновение кровотечения и инфекции и т.д., что повлечет за собой дополнительные лечебные процедуры.

г. Существует вероятность, что кровоснабжение некоторых участков кожи, особенно вдоль разреза, может ухудшиться, что приведет к локальному некрозу (гибели тканей). Это осложнение может потребовать последующую операцию по реконструкции или дополнительное консервативное лечение.

д. Существует вероятность, что за счет сдавления двигательных нервов, например, в результате отека (гематомы) в некоторых участках лица может ухудшиться сократительная активность мимических мышц.

е. Насколько известно, достоверных сведений о том, что данная операция повышает риск развития злокачественных заболеваний в настоящий момент нет.

ж. Отек и, гематомы, экхимозы (черные и голубые пятна - синяки) исчезают в течение несколько недель после операции самостоятельно, а при дополнительном лечении (после операционной реабилитации) значительно быстрее.

з. Несколько месяцев необходимо, чтобы рельеф лица после операции принял окончательную форму, связано это с моими возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием моей иммунной системы и способностью моего организма к регенерации (восстановлению).

и. Чувствительность лица после операции как правило, нарушается и может быть: снижена (гипестезия послеоперационная), а в редких случаях, на отдельных участках может быть, наоборот, усилена (гиперестезия послеоперационная). В зонах рубцов, такие изменения могут сохраняться продолжительное время (более 3-4 месяцев).

к. После операции, возможно, потребуется проведение комплекса мероприятий по профилактике образования у меня келоидных и гипертрофических рубцов.

6. Я доверяю Хирургу произвести любую манипуляцию, которую он считает необходимой в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, которые могут произойти во время операции.

7. Я даю согласие Хирургу на проведение операции под местной инфильтрационной анестезии, назначения мне всех необходимых для этой цели препаратов.

8. Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точными науками и, что даже опытные практики, не могут гарантировать ожидаемый мной результат, мое пространственное мироощущение и восприятие индивидуально. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны Хирургом и ни кем-либо другим в отношении будущих результатов.

9. Я понимаю, основная идея пластической хирургии сделать ваш внешний вид настолько лучше насколько это возможно, и естественно не возможно сделать больше этого, если вы ожидаете, что результатом операции будет "прекрасное превращение", то вы, безусловно, будете неудовлетворены результатом операции.

10. Я даю согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

11. Я даю разрешение Хирургу и его ассистентам производить фотографирование и съемку. Мое разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

12. Я ознакомлен(а) и согласен(на) с ходом и тактикой послеоперационного периода, понимаю, что после операции, возможна установка дренажей, необходимо ношение давящих повязок (компрессионного биндажа – маски), выполнения перевязок и физиопроцедур назначаемых Хирургом. Согласен(на) с тем что швы снимет лично Хирург или его ассистент, в сроки определяемые выполненной мне операцией и ходом послеоперационного периода. Я осознаю, что односторонне нарушение мной выбранной Хирургом тактики, моего послеоперационного лечения может привести к осложнениям и неудачам.

13. Я согласен(на) на проведение курса антибактериальной терапии, при необходимости, в целях профилактики инфекционных осложнений и обязуюсь принимать лишь назначенные (согласованные) Хирургом медикаментозных препараты, в противном случае Хирург не ручается за исход операции.

14. Я отрицаю у себя аллергические реакции на все, кроме

15. Я подтверждаю, что в течение 3 недель до операции не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

16. Я подтверждаю, что не скрывал(а) от Хирурга информацию о наличии у меня каких либо заболеваний, менструации (для лиц женского пола) в день операции, так как это может повлиять на выбранную хирургом тактику и исход операции, в противном случае Хирург не несет ответственность за возникшие в ходе операции и в послеоперационном периоде осложнения.

Своей подписью Я удостоверяю:

- что прочитал(а) настоящее соглашение, разъяснения, данные мне выше, были сделаны с целью моего удовлетворения;

- мне разъяснены в доступной и понятной для меня форме указанные в согласии и входе устной беседы с Хирургом данные, понятен и детально разобран: план хода операции, тактика хирургического лечения и послеоперационного периода;

- все интересующие меня вопросы я задал(а), ответы на них получил(а) в понятной для меня форме;

Подпись пациента		Дата: 08.09.2023 г.
------------------	--	---------------------

Подпись хирурга		Дата: 08.09.2023 г.
-----------------	--	---------------------

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ
«ОТТОПЛАСТИКА при лопухости».

Ф.И.О. пациента:

Тестов Тест Тестович

Ф.И.О. законного представителя

Представительный Представ Представович

1. Я доверяю хирургу Иванов Николай Юрьевич и его ассистентам выполнить

Мне/Моему ребенку (ненужное зачеркнуть) операцию «ОТТОПЛАСТИКУ при лопухости» - устранение врожденной деформации ушной раковины путем моделирования хряща (шовной и/или иной методикой формирования хряща) в зонах: противозавитка, конхальной и ладьевидной ямки с целью уменьшения/изменения отстояния ушной раковины от височной - сосцевидной области (уменьшение конхососцевидного и конхаладьевиных углов) из заушного доступа, с наложением по задней поверхности рассасывающих швов, далее по тексту «Операция».

2. Сущность и эффект этой операции, риск и возможные осложнения, а также все альтернативные методы лечения были подробно объяснены мне оперирующим **Хирургом** и **Я** осознал(а) их.

3. **Мною**, на основании обсуждения с оперирующим **Хирургом**, выбран один из перечисленных ниже доступов:

Классический, рубец локализуется:

да	По задней поверхности ушной раковины (скрыто),
да	По передней поверхности ушной раковины вдоль естественных складок (полускрыто)

Варианты стабилизации хряща:

Да	1) лигатурная (шовная) наложение узловых, непрерывных фиксационных внутренних швов 2) формирование хряща (использования насечек, ослабляющих разрезов, фрезерования на хряще) для обеспечения его податливости. 3) комбинированная 1)+2) и/или _____
Да	
Да	

4. Вышеупомянутые действия не могут обеспечить абсолютной симметрии после операции, так как хрящи левой и правой ушной раковины отличаются по толщине, размеру (прямоугольному и продольному), а так же по физико – химическим и морфофункциональным свойствам, анатомическим особенностями и каждый хрящ обладает памятью формой созданной природой и стремится её приобрести при регенерации после хирургической операции. В некоторых случаях могут быть необходимы другие варианты хирургической или косметической коррекции. В связи с их длительностью, могут потребовать от Вас большого терпения.

5. Следующие положения среди прочих должны быть особенно прояснены:

Так как каждый пациент индивидуален, могут быть различные риски, побочные эффекты и осложнения после операции. Если бы мы могли предсказать все осложнения, мы бы приняли меры профилактики сразу. Из предыдущей практики и специальной литературы нам известно следующее:

а. Зуд, болезненность в послеоперационных зонах.

б. Кровотечение, инфекция в том числе и анаэробная, вялотекущая, молниеносная.

в. Изменение в цвете кожи передней поверхности ушной раковины по сравнению с первоначальными (до 15 месяцев).

г. Послеоперационная гематома (синяк) подкожно, поднадхрящично, и других частях лица (перед или под ухом) и височно- сосцевидной области, передней наружной поверхности шеи.

д. В послеоперационный отдаленный период боль, покалывание в области вмешательства.

е. Потеря чувствительности участков кожи передней или задней поверхности наружного уха.

ж. Через несколько месяцев рубцы по задней поверхности становятся практически незаметными, однако при очень внимательном рассматривании их можно обнаружить, по передней поверхности рубцы более заметные.

з. Возникновение келоидных, деформирующих рубцов - возможно. Если такие у Вас есть на теле об этом необходимо предупредить Доктора.

и. Постоперационные головные боли, обмороки и другие психосоматические явления, возникшие как реакция на стресс от операции.

к. Аллергическая реакция на препараты используемые в лечении, анестезирующие средства.

л. Потребность в другой хирургической тактике или в дополнительных корригирующих процедурах.

м. Имеется возможность развития осложнений в отдаленный операционный период, которые сегодня неизвестны.

Все вышеупомянутые осложнения редки, но вы должны знать об их существовании.

6. Я доверяю **Хирургу** произвести любую манипуляцию, которую он считает необходимой в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, которые могут произойти во время операции.

7. Я даю согласие **Хирургу** на проведение операции под местной инфильтрационной анестезии, назначения мне всех необходимых для этой цели препаратов.

8. Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точными науками и, что даже опытные практики, не могут гарантировать ожидаемый мной результат, мое пространственное мироощущение и восприятие индивидуально. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны **Хирургом** и ни кем-либо другим в отношении будущих результатов.

9. Я понимаю, основная идея пластической хирургии сделать ваш внешний вид настолько лучше насколько это возможно, и естественно не возможно сделать больше этого, если вы ожидаете, что результатом операции будет "прекрасное превращение", то вы, безусловно, будете не удовлетворены результатом операции.

10. Я даю согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

11. Я даю разрешение **Хирургу** и его ассистентам производить фотографирование и съемку. **Мое** разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

12. Я ознакомлен(а) и согласен(на) с ходом и тактикой послеоперационного периода, понимаю, что после операции необходимо соблюдать строжайшую гигиену, обрабатывать фиксирующие турунды раствором кожного антисептика, носить фиксирующую эластическую повязку в течение 7-10 дней постоянно, затем в течении 2 месяцев только ночью, выполнять перевязки и физиопроцедуры назначенные **Хирургом**. Согласен(на) с тем что швы снимет лично **Хирург** или его ассистент, в сроки определяемые выполненной мне операцией и ходом послеоперационного периода. Я осознаю, что односторонне нарушение мной выбранной **Хирургом** тактики, моего послеоперационного лечения может привести к осложнениям и неудачам.

13. Я согласен(на) на проведение курса антибактериальной терапии, лечения вторичным натяжением (мазями, в том числе гормональными, антибиотик содержащими) при необходимости, в целях профилактики инфекционных осложнений и обязуюсь принимать лишь назначенные (согласованные) **Хирургом** медикаментозные препараты, в противном случае **Хирург** не ручается за исход операции.

14. Я отрицаю у себя аллергические реакции на все, кроме _____

15. Я подтверждаю, что в течение 3 недель до операции не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля, витамин Е.

16. Я подтверждаю, что не скрывал(а) от **Хирурга** информацию о наличии у меня каких либо эндокринных заболеваний, менструации (для лиц женского пола) в день операции, так как это может повлиять на выбранную хирургом тактику и исход операции, в противном случае **Хирург** не несет ответственность за возникшие в ходе операции и в послеоперационном периоде осложнения.

Своей подписью Я удостоверяю:

- что прочитал(а) настоящее соглашение, разъяснения, данные мне выше, были сделаны с целью моего удовлетворения;

- мне разъяснены в доступной и понятной для меня форме указанные в согласии и входе устной беседы с **Хирургом** данные, понятен и детально разобран: план хода операции, тактика хирургического лечения и послеоперационного периода;

- все интересующие меня вопросы я задал(а), ответы на них получил(а) в понятной для меня форме;

Подпись пациента (Законного представителя)		Дата: 08.09.2023 г.
---	--	---------------------

Подпись хирурга		Дата: 08.09.2023 г.
-----------------	--	---------------------

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ
«БЛЕФАРОПЛАСТИКА».**

Ф.И.О. пациента:

Тестов Тест Тестович

1. Я доверяю хирургу Иванов Николай Юрьевич и его ассистентам выполнить мне операцию «БЛЕФАРОПЛАСТИКУ» - удаление избытка кожи, жировых грыж из области(ей) верхнего и/или нижнего века. В некоторых случаях удаляют полосу мышцы, далее по тексту «Операция».

2. Сущность и эффект этой операции, риск и возможные осложнения, а также все альтернативные методы лечения были подробно объяснены мне оперирующим Хирургом и Я осознал(а) их.

3. Мною, на основании обсуждения с оперирующим Хирургом, выбран один из перечисленных ниже доступов:

да	Классический, рубец локализуется:
да	вдоль естественной складки верхнего века (скрыто), вдоль реснитчатого края нижнего века (на 3 мм ниже)

Другие варианты блефаропластики:

Да	1)Билатеральная нижняя, предусматривает только удаление избытка жировой ткани;
Да	2) «Закрытая» блефаропластика, которую выполняют из чрезконъюнктивального доступа при выпячивании инфраорбитального жира.

При устранении подглазничной борозды:

Да	3)Перемещение верхнечелюстного жирового тела вверх за счет подтяжки ПМФС(SMAS).
Да	4)Уменьшение жировых грыж нижних век за счет их вправления и наружной кантопексии.
Да	5)Заполнение контурного дефекта путем перемещения жировой клетчатки грыжевых выпячиваний в подглазничную борозду.
Да	6)Использование имплантата.

У некоторых пациентов возможно использование комбинации способов.

4. Вышеупомянутые процедуры не могут обеспечить возвращение первоначального внешнего вида Ваших век, так как только перераспределяют Вашу кожу, а не создают ее вновь, что не позволяет добиться идеала. В некоторых случаях могут быть необходимы другие варианты хирургической или косметической коррекции Вашей внешности. В связи с их длительностью, могут потребовать от Вас большого терпения.

5. Следующие положения среди прочих должны быть особенно прояснены:

Так как каждый пациент индивидуален, могут быть различные риски, побочные эффекты и осложнения после операции. Если бы мы могли предсказать все осложнения, мы бы приняли меры профилактики сразу. Из предыдущей практики и специальной литературы нам известно следующее:

а. Зуд, болезненность в послеоперационных зонах.

б. Кровотечение, инфекция.

в. Изменение в цвете кожи век по сравнению с первоначальными (до 15 месяцев).

г. Послеоперационная гематома (синяк) вокруг глаз, и других частях головы. .

д. В послеоперационный отдаленный период боль, покалывание в области вмешательства.

е. Потеря чувствительности участков кожи век.

ё. Слезоточивость, эктропион, кератоконъюнктивит, проходящие при соответствующем консервативном лечении.

ж. Через несколько месяцев рубцы становятся практически незаметными, однако при очень внимательном рассмотрении их можно обнаружить.

з. Возникновение келоидных, деформирующих рубцов. Если такие случаи у Вас были ранее то об этом необходимо предупредить Доктора.

и. Послеоперационные головокружения, обмороки и другие психосоматические явления, возникшие как реакция на стресс от операции.

к. Аллергическая реакция на препараты используемые в лечении, анестезирующие средства.

л. Потребность в другой хирургической тактике или в дополнительных корректирующих процедурах.

м. Имеется возможность развития осложнений в отдаленный операционный период, которые сегодня неизвестны.

Все вышеупомянутые осложнения редки, но вы должны знать об их существовании.

6. Я доверяю Хирургу произвести любую манипуляцию, которую он считает необходимой в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, которые могут произойти во время операции.

7. Я даю согласие Хирургу на проведение операции под местной инфильтрационной анестезии, назначения мне всех необходимых для этой цели препаратов.

8. Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точными науками и, что даже опытные практики, не могут гарантировать ожидаемый мной результат, мое пространственное мироощущение и восприятие индивидуально. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны Хирургом и ни кем-либо другим в отношении будущих результатов.

9. Я понимаю, основная идея пластической хирургии сделать ваш внешний вид настолько лучше насколько это возможно, и естественно не возможно сделать больше этого, если вы ожидаете, что результатом операции будет "прекрасное превращение", то вы, безусловно, будете неудовлетворены результатом операции.

10. Я даю согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

11. Я даю разрешение Хирургу и его ассистентам производить фотографирование и съемку. Мое разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

12. Я ознакомлен(а) и согласен(на) с ходом и тактикой послеоперационного периода, понимаю, что после операции необходимо носить стерильные лейкопластырные повязки, выполнять перевязки и физиопроцедуры назначенные Хирургом. Согласен(на) с тем что швы снимет лично Хирург или его ассистент, в сроки определяемые выполненной мне операцией и ходом послеоперационного периода. Я осознаю, что односторонне нарушение мной выбранной Хирургом тактики, моего послеоперационного лечения может привести к осложнениям и неудачам.

13. Я согласен(на) на проведение курса антибактериальной терапии, при необходимости, в целях профилактики инфекционных осложнений и обязуюсь принимать лишь назначенные (согласованные) Хирургом медикаментозных препараты, в противном случае Хирург не ручается за исход операции.

14. Я отрицаю у себя аллергические реакции на все, кроме

15. Я подтверждаю, что в течение 3 недель до операции не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

16. Я подтверждаю, что не скрыл(а) от Хирурга информацию о наличии у меня каких либо заболеваний, менструации (для лиц женского пола) в день операции, так как это может повлиять на выбранную хирургом тактику и исход операции, в противном случае Хирург не несет ответственность за возникшие в ходе операции и в послеоперационном периоде осложнения.

Своей подписью Я удостоверяю:

- что прочитал(а) настоящее соглашение, разъяснения, данные мне выше, были сделаны с целью моего удовлетворения;

- мне разъяснены в доступной и понятной для меня форме указанные в согласии и входе устной беседы с Хирургом данные, понятен и детально разобран: план хода операции, тактика хирургического лечения и послеоперационного периода;

- все интересующие меня вопросы я задал(а), ответы на них получил(а) в понятной для меня форме;

Подпись пациента		Дата: 08.09.2023 г.
------------------	--	---------------------

Подпись хирурга		Дата: 08.09.2023 г.
-----------------	--	---------------------

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ
«ЛИПОСАКЦИЮ ЛИЦА И ШЕИ».

Ф.И.О. пациента:

Тестов Тест Тестович

1. Я доверяю хирургу Иванов Николай Юрьевич и его ассистентам выполнить мне операцию «ЛИПОСАКЦИЮ ЛИЦА И ШЕИ» - удаление избытка подкожно жировой клетчатки, из области подбородка, нижней трети лица из 5 (пяти) вколов с помощью канюли, далее по тексту «Операция».

2. Сущность и эффект этой операции, риск и возможные осложнения, а также все альтернативные методы лечения были подробно объяснены мне оперирующим **Хирургом** и **Я** осознал(а) их.

3. **Мною**, на основании обсуждения с оперирующим **Хирургом**, выбран один из перечисленных ниже доступов:

Классический, 5 (пять) вколов: 2-а около мочки уха, 2-а в области нижнего полюса брыль, 1-ин в подбородочной борозде.

4. Вышеупомянутая операция не может обеспечить возвращение первоначального внешнего вида подбородочной области, так как с помощью неё только удаляет избыток подкожно жировой клетчатки утяжеляющий эту зону, избыток кожи остается, но и он со временем уменьшается в течение 3 месяцев за счет самопроизвольного восстановления кожного тонуса. В некоторых случаях могут быть необходимы другие варианты хирургической или косметической коррекции Вашей внешности: платизмомпластика, ретидэктомия. В связи с их длительностью, могут потребовать от Вас большого терпения.

5. Следующие положения среди прочих должны быть особенно прояснены:

Так как каждый пациент индивидуален, могут быть различные риски, побочные эффекты и осложнения после операции. Если бы мы могли предсказать все осложнения, мы бы приняли меры профилактики сразу. Из предыдущей практики и специальной литературы нам известно следующее:

А. Кровотечение - редко встречающееся осложнение, по поводу чего может возникнуть необходимость госпитализации, переливания крови, дренирования послеоперационной зоны.

Б. Могут возникнуть в послеоперационном периоде неровности на кожи, шелушение, бугристость, уплотнения, большинство из этих проблем со временем исчезают, для их решения можно использовать массаж или физиопроцедуры.

В. При неудовлетворительной эластичности кожи в зоне вмешательства может возникнуть ее обвисание.

Г. Инфицирование - редко возникающее осложнение, которое может потребовать дренирования или антибактериального лечения.

Д. Иногда возможно изменение чувствительности кожи в зоне вмешательства, как правило, чувствительность восстанавливается через месяц, в редких случаях она может не восстановиться.

Е. В раннем послеоперационном периоде могут возникать приступы головокружения, особенно при подъемах из положения лёжа.

Ё. Аллергические или токсические последствия наркоза (анестезии) редки, но возможны.

Все вышеупомянутые осложнения редки, но вы должны знать об их существовании.

6. Я доверяю **Хирургу** произвести любую манипуляцию, которую он считает необходимой в попытке улучшить положение пункта 1 или в попытке преодоления любых неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, которые могут произойти во время операции.

7. Я даю согласие **Хирургу** на проведение операции под местной инфильтрационной анестезии с использованием туминесцентного раствора «Кляйна», назначения мне всех необходимых для этой цели препаратов.

8. Я осознаю, что медицина и хирургия не являются точными науками и, что даже опытные практики, не могут гарантировать ожидаемый мной результат, мое пространственное мироощущение и восприятие индивидуально. Никакие гарантии или заверения не могут быть даны **Хирургом** и ни кем-либо другим в отношении будущих результатов.

9. Я понимаю, основная идея пластической хирургии сделать ваш внешний вид настолько лучше насколько это возможно, и естественно не возможно сделать больше этого, если вы ожидаете, что результатом операции будет "прекрасное превращение", то вы, безусловно, будете неудовлетворены результатом операции.

10. Я даю согласие на присутствие в операционной посторонних наблюдателей с целью получения ими медицинского образования.

11. Я даю разрешение **Хирургу** и его ассистентам производить фотографирование и съемку. **Мое** разрешение основано на уверенности, что эти материалы останутся собственностью клиники.

12. Я ознакомлен(а) и согласен(на) с ходом и тактикой послеоперационного периода, понимаю, что после операции необходимо носить компрессионную повязку, мне надо будет выполнять перевязки и физиопроцедуры назначенные **Хирургом**. Согласен(на) с тем что швы снимет лично **Хирург** или его ассистент, в сроки определяемые выполненной мне операцией и ходом послеоперационного периода. Я осознаю, что односторонне нарушение мной выбранной Хирургом тактики, моего послеоперационного лечения может привести к осложнениям и неудачам.

13. Я согласен(на) на проведение курса антибактериальной терапии, при необходимости, в целях профилактики инфекционных осложнений и обязуюсь принимать лишь назначенные (согласованные) **Хирургом** медикаментозных препараты, в противном случае **Хирург** не ручается за исход операции.

14. Я отрицаю у себя аллергические реакции на все, кроме

15. Я подтверждаю, что в течение 3 недель до операции не принимал(а) антикоагулянты, аспирин, антигистаминные препараты и средства от кашля.

16. Я подтверждаю, что не скрывал(а) от **Хирурга** информацию о наличии у меня каких либо заболеваний, менструации (для лиц женского пола) в день операции, так как это может повлиять на выбранную хирургом тактику и исход операции, в противном случае **Хирург** не несет ответственность за возникшие в ходе операции и в послеоперационном периоде осложнения.

Своей подписью Я удостоверяю:

- что прочитал(а) настоящее соглашение, разъяснения, данные мне выше, были сделаны с целью моего удовлетворения;

- мне разъяснены в доступной и понятной для меня форме указанные в согласии и входе устной беседы с Хирургом данные, понятен и детально разобран: план хода операции, тактика хирургического лечения и послеоперационного периода;

- все интересующие меня вопросы я задал(а), ответы на них получил(а) в понятной для меня форме;

Подпись пациента

Дата: 08.09.2023 г.

Подпись хирурга

Дата: 08.09.2023 г.

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, Представительный Представ Представович, проживающий (ая) по адресу: Калининградская область, Гурьевский р-н, поселок Добрино, Карамельная, д. 5, , документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ № 1616 191919 выдан 17.08.2016 ОТДЕЛОМ МИГРАЦИОННОГО УЧЕТА ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН УФСБ РОССИИ ПО РЕСП. ТАТАРСТАН

Являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) **ребенка или лица, признанного недееспособным: Тестов Тест Тестович, дата рождения 11.11.1999,**

При нахождении на лечении (обследовании) в МЛДЦ "Особый статус" (ООО «ПЕРВЫЙ МЕД», ИНН 3906364443)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) (вид обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики):

- Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыли, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;
- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;
- Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.
О последствиях

(возможных осложнений при выполнении анестезии)

и связанных с ними рисками информирован (а) врачом - анестезиологом-реаниматологом:

Иванов Николай Юрьевич

(фамилия, имя, отчество врача - анестезиолога-реаниматолога)

08.09.2023

Подпись пациента или законного представителя

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии:

Врач: Иванов Николай Юрьевич

(Должность, И.О. фамилия)

(подпись)

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента. При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

08.09.2023

Подпись пациента или законного представителя

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии:

Врач: Иванов Николай Юрьевич

(Должность, И.О. фамилия)

(подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Дата 08.09.2023

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА

Я, **Тестов Тест Тестович**, дата рождения **11.11.1999**, зарегистрированная по адресу: Калининградская область поселок Добрино, ул. Карамельная, д. 5, даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: **пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ)** в целях получения медицинской помощи в ООО "ПЕРВЫЙ МЕД". Медицинским работником Иванов Николай Юрьевич в доступной для меня форме мне разъяснено:

Цель теста: Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности в 24-28 недель, женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, что позволяет своевременно установить диагноз «Гестационный сахарный диабет» и назначить лечение и профилактику возможных осложнений.

Подготовка к проведению ПГТТ:

- Курение запрещается;
- Обычное питание (не менее 150 г углеводов в день) в течение 3-х дней, предшествующих исследованию;
- Тест проводится утром натощак после 8-14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен содержать 30-50 г углеводов;
- Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови, следует принимать после проведения теста.

Связанный с методом риск:

- Абсолютными противопоказаниями являются: индивидуальная непереносимость глюкозы, манифестный СД, заболевания ЖКТ, сопровождающиеся нарушением всасывания глюкозы (демпинг-синдром или синдром резецированного желудка, обострение хронического панкреатита и т.п.)
- Временные противопоказания: рвота беременных, необходимость соблюдения строгого постельного режима (тест не проводится до момента расширения двигательного режима), острое воспалительное или инфекционное заболевание.
- Возможные осложнения: тошнота, общая слабость, головокружение, озноб.

Процедура выполнения ПГТТ:

- ПГТТ проводится по назначению врача в указанное время и день.
1. Производится предварительное измерение уровня глюкозы крови из пальца. При результате выше 7,5 ммоль/л тест с нагрузкой не проводится.
 2. При результате ниже 7,5 ммоль/л производится забор венозной крови для лабораторного подтверждения уровня глюкозы крови натощак.
 3. Пациентке готовят раствор глюкозы (15 г сухой глюкозы на 250-300 мл теплой питьевой негазированной воды), который она должна выпить в течение 5-ти минут. Время начала приема раствора глюкозы считается началом теста.
 4. До окончания теста пациентка находится под наблюдением медицинского персонала.
 5. Курение до завершения теста запрещено.
 6. До окончания теста пациентка должна находиться в покое (сидя или лежа).
 7. Повторный забор венозной крови проводится ещё дважды с интервалом в 1 час.
 8. Персонал, проводящий тест убеждается в удовлетворительном состоянии пациентки после его проведения, измеряет АД, PS, контролирует сердцебиение плода.
 9. Пациентка информируется о сроках готовности результатов теста.
- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:
- Сведения о выбранных мною лицах, которым, в соответствии с п.5 ч.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

08.09.2023 г.

Тестов Тест Тестович

Иванов Николай Юрьевич