

# **Информированное добровольное согласие на проведение процедуры массажа Региональном Чемпионате Абилимпикс**

---

**наименование субъекта РФ**  
на основании ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ".

**Каждый клиент (модель) имеет право получить информацию о своем состоянии и процедуре с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.**

**Добровольно** прошу участника Абилимпикс провести процедуру массажа

Подтверждаю, что я был (а) проинформирован (а) о существующих противопоказаниях к массажу, а именно:

**абсолютные противопоказания:**

- заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
- туберкулез;
- СПИД;
- наличие опухоли;
- наличие индивидуальной непереносимости массажа;
- наличие нарушений психики.

**относительные противопоказания:**

- лихорадка;
- заболевания кожи;
- венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
- алкогольное опьянение;
- острые заболевания и инфекции;
- беременность;
- менструация;
- интоксикации;
- кровотечения любого генеза.

**Кроме этого, могут быть выявлены другие индивидуальные медицинские противопоказания, этот вопрос рекомендуется решать со своим лечащим врачом в поликлинике.**

**Я понимаю**, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы и **организатор не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил (а) или не знал (а) о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.**

- Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры, а также реакции на процедуру в виде микрогематом, (при этом их интенсивность и количество могут увеличиваться в теплое время года и зависят от изначального состояния кровеносных сосудов), синяков, гиперемии, аллергических реакций.

**Кроме того, я был (а) проинформирован (а) о том, что:**

- возможна аллергическая реакция организма на применяемые масла и геля;
  - необходимо соблюсти трехмесячный срок после установки внутриматочной спирали и пройти консультацию у наблюдающего гинеколога, так как массаж улучшает кровообращение в малом тазу и может произойти отторжение спирали или может быть спровоцировано кровотечение

**Я подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

**Мне достаточно** полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры массажа.

