

Информированное добровольное согласие на низкоинтенсивное лазерное облучение кожи длиной волны 1064 нм

на основании федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество], [КлиентДатаРождения] года рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента)

Проживающий (ая) по адресу: [КлиентИндекс] город [КлиентГород], улица [КлиентУлица], дом [КлиентДом],
квартира [КлиентКвартира],

Контактный телефон: [КлиентМобТелефон]

Даю свое согласие на проведение процедуры в области _____ в косметических целях
Врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон клиники 206-09-91

Показания к выполнению процедуры:

- удаление сосудистой патологии на лице и теле
- удаление нежелательных волос
- лечение шрамов, рубцов, растяжек
- омоложение лица, шеи, зоны декольте, интимных зон
- сокращение пор
- лечение акне, постакне
- улучшение текстуры кожи
- удаление пигментных образований
- удаление бородавок
- повышение тургора, упругости и эластичности кожи
- сокращение морщин на лице шеи, декольте, кисти рук, область вокруг губ и глаз
- удаление татуировок
- (другое) _____

Описание процедуры: Процедура проводится на аппарате Aerolase. Процедура большинством людей воспринимается как умеренно болезненная, наблюдаются ощущения покалывания и тепла. Мне понятно, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому во время процедуры возможны дискомфортные ощущения и болевые ощущения, для минимизации которых врач может предложить использовать анестезирующий крем. В большинстве случаев после процедуры никаких значительных внешних проявлений не остается и можно продолжать свои намеченные дела.

Я соглашаюсь с тем, что **после процедуры** в области ее проведения могут оставаться участки покраснения кожи, небольшая отечность и повышенная чувствительность, которые проходят самостоятельно в срок от двух суток до пяти после процедуры.

Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях возможно изменение пигментации (гипо — или гиперпигментация, длительностью от 2-4 дней до 3-6 месяцев), а также местное повреждение естественной текстуры кожи (ожоги). При этом я обязуюсь немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу и применять местные средства только по согласованию с врачом.

Ожидаемый результат:

Ожидаемый результат в зависимости от вида патологии и количество процедур варьируется и обсуждается с лечащим врачом.

Мне ясно, что, хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое здоровье, медицинские услуги являются вмешательством в биологический организм, и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов диагностики и лечения.

Я уведомлен (а), что после проведения процедуры ожидаемый результат может быть не достигнут. Уход после проведения процедуры: Мне понятно, что процедура проводится в амбулаторных условиях и требует **последующего самостоятельного ухода за кожей в домашних условиях, поэтому я обязуюсь после проведения процедуры:**

- Не делать массаж в течение 2 недель;
- Не посещать сауны, бани в течение 2 недель;
- Ограничить инсоляцию (загар на две недели). В течении курса процедур наносить на область эпиляции крем с SPF 50 и выше;
- При обработке кожи на теле носить свободную одежду (исключить трение в области процедуры);
- Волосы в зоне эпиляции можно побрить через 2-3 дня, при этом нельзя использовать воск для удаления волос (можно только брить станком и удалять кремом для депиляции);
- В день обработки ограничить водные процедуры (зону не тереть, не использовать пенящиеся средства,

Я понимаю, что при несоблюдении вышеуказанных рекомендаций возможно развитие различных осложнений

- воспаление тканей в области проведения процедуры
- продолжительная отечность
- гиперпигментация, эритема
- образование уплотнений, гранулем, гематом

Я понимаю, что лечение некоторых из возможных осложнений, не связанных с действиями лечащего врача, осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях; аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты; лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях; лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время; вредных привычках.

Я предупрежден (а) об относительных противопоказаниях

- Беременность и лактация
- Онкология
- Диффузные заболевания соединительной ткани
- Склонность к келоидным рубцам
- иммунодефицитные состояния
- Соматические заболевания и эндокринные расстройства в период обострения и декомпенсации
- Гематологические заболевания (коагулопатия)
- Наличие кардиостимулятора
- Эпилепсия
- Воспалительный процесс в области проведения процедуры
- Острые вирусные и бактериальные инфекции
- Прием некоторых фармакологических препаратов (антикоагулянтов, антиагрегантов, гормоальные средства, нестероидные противовоспалительные препараты). Необходимо сообщить врачу.

Я даю согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов. Мне гарантируют, что мои фотографии не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиникой вне моей медицинской документации.

Понимая сущность предложенных медицинских услуг, которые направлены на получение ожидаемого мной косметического результата, но, по сути своей, являются вмешательством в сложный биологический организм, я понимаю, что никто не может предсказать точный результат планируемых процедур. Я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной косметический результат мне не был обещан, однако мне гарантировано оказание медицинских услуг специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте).

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел: _____ / _____ Дата «__» _____ 20__ г.
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Со стоимостью услуги ознакомлен(а) _____ (подпись пациента)