

Информированное добровольное согласие на внутридермальное введение нитей хирургических стерильных в отрезках

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 введения нитей _____ в косметических целях

Врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон клиники 206-09-91

Я подтверждаю, что получил (а) четкие, на доступном мне языке и в доступной форме, разъяснения о планируемой процедуре, меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемых нитях:

Нити представляет собой стерильные нити хирургические в отрезках, предназначены для улучшения тонуса кожи лица.

Процедура проводится с применением местной анестезии.

Нити вводятся внутридермально или подкожно в области лба, межбровья, бровей, век, скул, щек, шеи, декольте, кистей рук, задней поверхности плеча, живота, ягодиц, внутренней поверхности бедер (нужное подчеркнуть)

Эффект от применения нитей длится от 1 до 2-х месяцев в среднем и зависит от типа кожи, стадии старения, морфотипа старения и образа жизни. Для оптимизации результата проводится повторная корректирующая процедура несколькими неделями позже.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:

В области введения нитей происходит уплотнение кожи, усиление тургора и тонуса кожи. Действие нитей наступает через 1 месяц после проведенной процедуры. Я соглашаюсь с тем, что оценка результата возможна по окончании рекомендованного курса процедур.

Я ознакомлен(а) с Положением о гарантийных обязательствах и соглашаюсь с устанавливаемым гарантийным сроком и сроком службы на предлагаемые в настоящем информированном согласии медицинские услуги, равными 1 месяц с момента завершения процедуры (курса процедур).

Я осознаю, что после процедуры не произойдет видимых изменений формы и объемов лица (носа, губ, скул, ушных раковин, глаз)

Я уведомлен (а), что после проведения процедуры ожидаемый результат может быть не достигнут.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Я ознакомлен (а) со списком противопоказаний для введения нитей:

не допускается использование препарата:

- у пациентов, страдающих эпилепсией, не поддающейся лечению;
- у пациентов со склонностью к развитию гипертрофических и келоидных рубцов;
- у пациентов с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес, гнойнички и т.д.) в предполагаемой зоне введения;
- у пациентов с известной повышенной чувствительностью к компонентам препарата;
- у пациентов с известной повышенной чувствительностью к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов;
- у пациентов с проведенной накануне лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица;
- у пациентов с имплантированными ранее инородными телами (жидкий силикон и другие зернистые материалы)
- у пациентов с системными заболеваниями (сахарный диабет, АГ, ИБС), нарушениями свёртываемости крови;
- у беременных и кормящих грудью женщин;
- у детей.

Нити не должны использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица. Введение нитей не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения ее поверхностного отшелушивания.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:

Я понимаю, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому соглашаюсь с тем, что во время процедуры возможны дискомфортные ощущения - жжения, рези, покалывания, онемения, распирания, другие болевые ощущения.

Врач предупредил меня, я осознаю и соглашаюсь, что как вовремя, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов. Соглашаюсь с тем, что в большинстве случаев после процедуры никаких внешних проявлений не остается и можно продолжать свои намеченные дела, однако в редких случаях происходят возможные реакции, которые проходят самостоятельно:

- После инъекции препарата возможно развитие различных видов воспалительных реакций кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраняться в течение одной недели.
- Возникновение кровоподтеков (синяков).
- Возникновение уплотнений и узелков в месте введения нитей.
- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения нитей.
- Недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Не рекомендуется активно гримасничать, необходимо в течение семи дней соблюдать мимический покой.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не рекомендуется посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.
- Рекомендуется избегать массажа места введения нитей и/или надавливания на него в течение нескольких дней после инъекции.

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

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать, до начала процедуры, любые интересующие меня вопросы, и я получил (а) на них ясные и понятные мне удовлетворительные ответы.
- дал мне ознакомиться с инструкцией препарата
- Дал мне время обсудить протокол процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Я подтверждаю, что данный документ был мною прочитан его содержание, значение всех терминов мне врачом разъяснено и понятно.

Ф.И.О. пациента:

Подпись пациента: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Ф.И.О. врача: _____

Подпись врача: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

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