

## Информированное добровольное согласие на проведение дерматологического (химического) пилинга

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 дерматологического пилинга \_\_\_\_\_ 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 препаратах (кислотах):

Химический (Дерматологический) пилинг направленный контролируемый процесс удаления нескольких слоев эпидермиса и дермы вместе с существующими дефектами и активизация восстановления всех разрушенных слоев заново.

Эффект от применения пилинга \_\_\_\_\_ длится от 1 до 2-х месяцев в среднем и зависит от типа кожи, стадии старения, морфотипа старения, выраженности кожных дефектов и образа жизни. Для оптимизации результата проводится курс процедур, состоящий из 6-8 сессий.

### **ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:**

Кислота наносится на кожу лица, шеи, декольте, живота, ягодиц (нужное подчеркнуть). В области нанесения кислоты улучшается текстура кожи, осветляется тон кожи, уменьшается выраженность пигментных пятен. 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), видимых изменений цвета кожи, текстуры кожи.**

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

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:**

**Я ознакомлен (а) со списком противопоказаний для проведения химического пилинга:**

- Активные проявления вирусных инфекций (герпес, контагиозный моллюск, вирусные бородавки)
- Пустулезные высыпания
- Аллергодерматозы (экзема, нейродермит, atopический дерматит)
- Применение ретиноидов (ретинол-А, роаккутан), препаратов гормональной контрацепции
- Активная инсоляция
- склонность к образованию рубцов гипертрофических, келоидных
- Беременность, кормление грудью, детский возраст
- применение аппаратных процедур светового воздействия (лазер, IPL).
- Тяжелая степень акне и фурункулёз.
- Хирургические операции на предполагаемой зоне пилинга.
- Невротические состояния.

### **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:**

- покраснение кожи, длительная эритема (более 2-х недель), требующая лечение кортикостероидами
- токсическая реакция
- обострение герпетической инфекции, присоединение бактериальной, грибковой инфекции
- усиление пигментации, псевдогипопигментация,
- акне, розацея, милиумы
- изменение текстуры
- образование патологических рубцов (гипертрофические, келоидные)

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительных реакций свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

**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.
- 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.
- Нельзя насильственно снимать образующиеся корочки
- Рекомендуется использовать крем с фактором защиты от солнечных лучей SPF 30

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

- воспаление тканей в области нанесения кислоты
- продолжительная отечность
- гиперпигментация, эритема (покраснение)
- образование рубцов
- аллергические реакции

**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 к препарату
- 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)