ООО «Проф-Косметология-Щелково»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

на проведение медицинской процедуры:

А11.01.012 Введение искусственных имплантатов в мягкие ткани

в соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ

Я,_____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение мною в **ООО «Проф-Косметология-Щелково»** платной медицинской услуги введение искусственных имплантатов в мягкие ткани в области лица, шеи, области декольте, кистей рук.

До проведения медицинского вмешательства, медицинским работником_____ мне в доступной форме разъяснена полная информация о:

1. ***ЦЕЛЯХ*** *медицинского вмешательства, в частности:* доставка в мягкие ткани искусственных имплантатов, восполнение объема мягких тканей.

2. ***МЕТОДЕ*** *медицинского вмешательства, в частности:* доставка кожу средств, предназначенных для внутридермального введения, с возможной предварительной наружной или внутрикожной инфильтративной анестезией (по показаниям).

3. *Имеющихся* ***РИСКАХ*** *медицинского вмешательства, в частности:* попадание препарата в просвет сосудов (закупорка просвета сосуда), ишемия (сдавление окружающих тканей), травма нервов и сосудов, аллергические реакции на используемые препараты, просвечивание препарата в толще кожи, миграция препарата, гиперкоррекция, гипокоррекция, отсутствие видимых результатов.

4. ***АЛЬТЕРНАТИВНЫХ*** *вариантах медицинского вмешательства, в частности*: хирургические, аппаратные методы.

5. ***ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ*** *медицинского вмешательства, в частности:* гемофилия, нарушение свертываемости крови, сахарный диабет, гипертоническая болезнь с кризами, почечная недостаточность, беременность, повышенная чувствительность к используемым препаратам, воспаление, острое лихорадочное состояние, эпилепсия, склонность к келоидообразованию, вирусные и другие инфекции, заболевания в зоне коррекции, аутоиммунные заболевания.

6. *Возможных* ***ОСЛОЖНЕНИЯХ*** *и последствиях медицинского вмешательства, в частности*: длительная отечность, краснота, болезненность, гематомы (синяки), некроз, абсцесс, присоединение вторичной инфекции, контактный дерматит, пальпируемые и визуализируемые в толще мягких тканей узелки, обострение герпетической инфекции, рубцы.

7. *Ожидаемых* ***РЕЗУЛЬТАТАХ*** *медицинского вмешательства, в частности:* доставка в мягкие ткани искусственных имплантатов, восполнение объема мягких тканей.

8. *Том, что* в зависимости от индивидуальных особенностей организма, сопутствующих заболеваний, используемого препарата длительность ожидаемого эффекта от применения материалов может быть от 2 до 18 месяцев. В некоторых случаях длительность действия может быть больше или меньше. Периодические повторные процедуры способны поддерживать желаемую степень коррекции.

9. Том, что если Вы принимаете аспирин или другие лекарства, понижающие свертываемость крови, будьте готовы к тому, что в месте инъекции может возникнуть небольшое кровотечение или появиться кровоподтек.

10. Том, что применение масок, процедур поверхностного пилинга, массажа возможно через 2 недели после инъекции. Обычный домашний косметический уход за кожей можно начинать на следующий день после процедуры (косметика должна быть гипоаллергенной, раннее применяемой пациентом). Область предполагаемой коррекции не должна была быть инъецирована ранее с применением бионедеградируемых имплантатов, а также препаратами на основе гидрооксиапатита кальция (Radiesse).

11. Том, что в течение 2-х недель после проведения процедуры контурной пластики нельзя посещать баню, сауну, солярий, загорать.

12. Том, что фотосъемка части моего тела, подвергшейся медицинскому вмешательству, до и после проведения медицинского вмешательства производится исключительно для оценки степени достижения поставленных целей и будет использована только в медицинских и научных целях с учетом сохранения врачебной тайны.

13. Я поставил(а) в известность врача-косметолога обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Настоящим я подтверждаю, что я имел(а) возможность задать, задал(а) и получил(а) от медицинского работника исчерпывающие ответы в доступной форме на все возникшие у меня вопросы по поводу проведения контурной пластики в области лица, шеи, области декольте, кистей рук. Памятка с рекомендациями по домашнему уходу после проведения процедуры мною получена.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением указанного медицинского вмешательства, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры введение искусственных имплантатов в мягкие ткани моим лечащим врачом.

_____ _____ «_____» _____ 20 _____ г.

(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск, предполагаемые результаты, возможные последствия и дал ответы на все вопросы:

_____ _____ «_____» _____ 20 _____ г.

(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) врача-косметолога)*