(дата оформления)

# Информированное добровольное согласие на процедуру Поверхностного химического пилинга

На основании федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Вы, как пациент клиники «Мастерская Красоты», имеете право получить информацию **о процедуре поверхностного химического пилинга** с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.

Ф.И.О. полностью/ дата рождения

проживающ(ий/ая) по адресу:

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

**Я**,_____

паспорт: , выдан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на **процедуру поверхностного химического пилинга** для получения специализированной врачебной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**ООО Мастерская Красоты +**

(полное наименование медицинской организации)

**Медицинским работником**

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

**Я проинформирован(а)** о необходимости пройти назначенные врачом медицинские обследования и лабораторные исследования, и понимаю, что это делается в моих интересах.

**Я проинформирован(а)** о необходимости рассказать лечащему врачу о всех перенесенных инфекционных, вирусных заболеваниях, хирургических вмешательствах, косметологических процедурах, о имеющихся у меня вредных привычках, и понимаю, что утаивание информации может принести вред моему здоровью и жизни.

**Мне разъяснены результаты процедуры:**

- Улучшение цвета лица, уменьшение пигментации кожи и мелких морщин;
- терапия акне, рубцов и пятен постакне, розацеа, себорейного дерматита, фолликулита;
- минимальный эффект от процедуры;
- отсутствие эффекта в виду индивидуальных особенностей.

Процедура носит курсовой характер. Количество процедур и интервалы определяются врачом на консультации.

**Я проинформирован о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:**

- беременность, лактация
- гиперчувствительность к любому из компонентов препарата
- онкологическая патология
- множественные гемангиомы, ангиодисплазии
- воспалительные процессы в коже в области планируемого воздействия
- обострение псориаза, атопического дерматита, экземы
- клинические проявления герпетической инфекции
- острые инфекционные заболевания, в том числе активный туберкулез
- обострение хронических заболеваний, хронические заболевания в стадии декомпенсации, органная недостаточность (в т.ч. гипертоническая болезнь, сахарный диабет)
- иммуносупрессия (ВИЧ, прием препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием)
- гормонозависимая бронхиальная астма (3-4 ступени терапии)
- психические заболевания, заболевания ЦНС с резким возбуждением
- состояние алкогольного или наркотического опьянения
- склонность к патологическому заживлению
- прием фотосенсибилизирующих препаратов, ретиноидов, иммунодепрессантов
- меньше 8 недель с момента проведения травматичных косметологических процедур-лазерная шлифовка

**Я ознакомлен (а) с рекомендациями и ограничениями в режиме:**

- смыть пилинг мягким очищающим средством через 4,6,8, 12 часов по рекомендации врача,
- в качестве домашнего ухода использовать средства, рекомендованные врачом,
- не наносить макияж в течение 24 часов,
- избегать прямого попадания ультрафиолетовых лучей, посещения солярия в течение 2 недель, использовать крем с SPF 50+,
- избегать посещения сауны, бани, активные физические нагрузки в течение 1 недели.

**Я понимаю,** что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы **и клиника не несет ответственности в случае**

**возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.**

**Я внимательно прочитал(а)** информированное добровольное согласие, понял(а) его содержание **и** терминологию, у меня была возможность задать медицинскому работнику вопросы и получить ответы в удовлетворяющей меня форме. Памятка о рекомендуемом поведении в после процедурный период **мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.**

**Я ознакомлен(а)** с особенностями восстановительного периода, возможными осложнениями, полностью осознаю содержание и назначение данного документа, **даю свое согласие на проведение процедуры поверхностного химического пилинга.**

Я понимаю, что подписанное мной информированное добровольное согласие является документом, который может быть использован при оценке качества оказанной мне медицинской услуге и ставлю свою подпись в ясном осознании личной ответственности.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Приложение к договору

№ 1

## Назначение на сегодняшний день

| Наименование процедуры | Курс | Стоимость |
|---|---|---|
| Поверхностный химический пилинг | | |
| | | |