(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на процедуру Лазерной неодимовой эпиляции

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 **лазерной эпиляции** 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 лазерной эпиляции** 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: замедление роста волос, их поредение, длительные интервалы отсутствия роста волос, отсутствие эффекта или незначительный эффект ввиду индивидуальных особенностей организма.

Мне разъяснено, что процедура курсовая и для достижения эффекта требуется регулярное прохождение процедур, назначенных врачом, я понимаю, что в зависимости от индивидуальной реакции на процедуру, назначения могут корректироваться.

Мне разъяснен связанный с процедурой восстановительный период: по-светление волос, скручивание, возможно временное изменение цвета кожи (небольшое покраснение).

Метод проведения процедуры: процедура проводится с помощью лазера ND:YAP /Q-switched (1079нм); альтернативные методы эпиляции: фотоэпиляция, элос-эпиляция, электроэпиляция.

Я проинформирован(а) о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:

- беременность, лактация
- фотодерматозы: порфирии, полиморфная эритема, солнечная крапивница
- острые инфекционные заболевания, в том числе активный туберкулез
- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь 3 степени и выше, тяжелые нарушения ритма
- тяжелая эндокринная патология: сахарный диабет (сахар крови превышает 12 ммоль/литр, тиреотоксикоз
- обострение хронических заболеваний, хронические заболевания в стадии декомпенсации, органная недостаточность
- лихорадочные состояния, в том числе лихорадка неясного генеза
- хронические заболевания кожи в стадии обострения, псориаз (прогрессирующая стадия)
- онкологическая патология
- иммуносупрессия (ВИЧ, прием препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием)
- системные заболевания соединительной ткани, аутоиммунная патология
- заболевания щитовидной железы в стадии декомпенсации
- гормонозависимая бронхиальная астма (3-4 ступени терапии)
- психические заболевания, заболевания ЦНС с резким возбуждением
- состояние алкогольного или наркотического опьянения
- использование системных ретиноидов, не ранее чем через 6 месяцев после прекращения их приема
- прием лекарственных средств, обладающих фотосенсибилизирующим действием в течение последних 6 недель
- индивидуальная непереносимость определенного вида лазерного излучения
- импланты: кардиостимулятор, устройство для коррекции недержания мочи и др.
- склонность к патологическому заживлению
- клинические проявления герпетической инфекции

- локализация патологического процесса на подвижной части век, при отсутствии возможности смещения кожи за пределы костного края орбиты, применения защитных металлических пластин
- армирование лица металлическими нитями (в зоне проведения процедуры)
- при наличии мезонитей, нитей «Резорблифт», «Дермафил», «Аптос» и других в зоне обработки, процедура противопоказана в течение 6 месяцев
- при введении препаратов, содержащих молочную кислоту, гидроксиапатит кальция, поликапролактона в течение 6 месяцев
- эпилепсия, эпилептический синдром
- пограничные состояния
- доброкачественные новообразования: миома, мастопатия (в зоне воздействия)
- удаление волос в области новообразований и пигментных невусов
- наличие татуировки в зоне обработки
- применение косметических и дезодорирующих средств в области обработки за сутки до процедуры
- седые волосы

Мне сообщили о возможных реакциях после процедуры лазерной эпиляции:
- отечность различной степени выраженности и длительности
- покраснение различной степени выраженности и длительности

Вероятные осложнения:
- Гиперемия, отек, ожог
- Зуд, жжение, петехиальная сыпь
- Аллергическая реакция на лазерное воздействие
- Изменение цвета кожи (депигментация, гиперпигментация, гипопигментация)
- Усиления роста волос, в виду индивидуальных особенностей организма

Я ознакомлен (а) с рекомендациями и ограничениями в режиме:
- За сутки до процедуры исключить нанесение на кожу в области предполагаемой обработки средств декоративной косметики и парфюмерии, применение дезодорантов

Сухая, чистая кожа перед процедурой, рекомендуемая длина волоса не более 1-2 мм
- После процедуры ограничений по уходу за кожей нет

Я уведомлен(а), что особенности моего организма, а именно
- Светлые и рыжие волосы сложнее поддаются лазерной эпиляции

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь противопоказания (иные индивидуальные реакции) 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 (иных индивидуальных реакциях), 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 лазерной эпиляции**

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
Лазерная неодимовая эпиляция		