(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры

Микроигольчатого RF

(А 17.01.008) Воздействия током ультравысокой частоты на кожу
(насадка Morpheus 8 платформа InMode).

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 Микроигольчатого RF** 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 микроигольчатого RF** 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)

ПОКАЗАНИЯ:
- улучшение упругости и эластичности кожи,
- уменьшение дряблости, морщин и улучшение текстуры кожи;
- профилактика целлюлита, уменьшение растяжек и стрий.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ:
Для радиочастотного нагрева слоев дермы и гиподермы использует различные частоты, протекающего через кожу тока, что способствует производству волокон коллагена и эластина, которые являются основными белками кожи, отвечающими за эластичность кожи и упругость, способствуя тем самым оздоровлению и повышению эластичности кожи. Кроме того, созданное в подкожном слое радиочастотное тепло уменьшает слой накопленного жира.
Курс лечения зависит от изначальной проблемы пациента и его возраста.
Результаты лечения могут носить временный эффект, поэтому рекомендуется проводить процедуру периодически для поддержания результата. Оптимальный курс лечения – 2-3 процедуры в сочетании с иными процедурами (биоревитализация, неинвазивный RF, нитевой лифтинг) согласно плану лечения.

ОГРАНИЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
Я понимаю возможные ограничения, цели и осложнения, которые могут возникнуть при проведении этой процедуры и заявляю, что со мной обсуждались альтернативные методы лечения. У меня была возможность задать вопросы о процедуре, об ограничениях в ее использовании и о возможных осложнениях.
Во время лечения окружающие ткани остаются без изменений, с покраснением, которое проходит в течение 1-2 суток. Процедура проводится под анестезией.
Мне разъяснено, что процедура лечения радиочастотой не гарантирует полного устранения моей проблемы.
Я понимаю, что результаты могут отличаться от пациента к пациенту и соглашаюсь, что невозможно предсказать мою реакцию на процедуры и сколько сеансов может потребоваться.
Мне понятно, что после процедуры я должен пользоваться с целью постпроцедурного ухода домашними средствами (регенерантами, средствами для хорошего увлажнения кожи) в течение 3 недель после процедуры. В первые сутки кожу не мочить и обрабатывать ее хлоргексидином на водной основе и средствами на основе декспантенола или цельгелем.

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:
- ощущение, близкое к солнечному ожогу на несколько часов;
- потертости, корочки;
- отечность, особенно в параорбитальной зоне (который может сохраняться несколько дней);
- поверхностный ожог;
- легкое покраснение, отечность, нарушение чувствительности кожи. Это нормальная реакция кожи, которая проходит обычно через 2-3 дня, хотя в некоторых случаях может продолжиться до двух недель;
- жжение на подвергшихся обработке зонах в течение 2-3 часов после лечения. Для уменьшения эффекта жжения можно наложить холодный компресс. Иногда эффект может сохраняться в течение нескольких дней;
- в области проведения RF - воздействия может произойти пигментация кожи. Это обычно временное явление, эффект может сохраняться в течение 7-21 дней;
- сухость кожи, шелушение в течение 5-14 дней после лечения;
- отек обычно спадает на второй-третий день. Наибольший отек может быть на следующий день после лечения, особенно в зоне вокруг глаз;
- в течение первых недель после процедуры возможно временное углубление морщин;
- возможен рост волос после проведения лечения на участках, подвергшихся лечению или возле них, а также обострение герпетической и другой инфекции;

Необходим осмотр у врача косметолога на 3, 10 и 30 день после данного медицинского вмешательства.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:
- открытые раны;
- острый воспалительный процесс;
- заболевание кожи в зоне лечения, открытые поражения кожи, экзема, сыпь любого происхождения, псориаз, вирусные и грибковые поражения кожи;
- прогрессирующие доброкачественные новообразования кожи;
- злокачественные новообразования или перенесенная онкология;
- беременность, кормление грудью;

- заболевание эпилепсией, псориазом.
- аллергическая реакция на глицерин или контактный гель;
- татуировки или перманентный макияж в области лечения;
- заболевания, при которых противопоказано тепловое воздействие (герпес, экзема, сыпь и т.д.) в зоне обработки;
- любые постоянные имплантаты в области лечения;
- наличие кардиостимулятора, дефибриллятора, или других имплантированных электронных/электрических устройств;
- коагулопатии, склонность к кровотечениям и гематомам;
- прием препаратов, разжижающих кровь (антикоагулянтов), витамина Е, пиявок и пр.;
- иммунодепрессивные заболевания (например, ВИЧ) или применение иммуносупрессорных препаратов;
- использование препаратов, которые влияют на иммунную систему;
- эндокринные патологии (диабет в стадии декомпенсации или заболевания щитовидной железы);
- тромбофлебиты глубоких вен в области лечения;
- наличие келоидных рубцов или длительное ранозаживление в анамнезе;
- использование препаратов изотретиноина (витамин А, Роаккутан, Акнекутан, Верокутан, Сотрет и др.) в течение последних 6 месяцев;
- перенесенная в последние 6 месяцев эстетическая или медицинская хирургическая операция в области лечения;
- очень сухая и чувствительная кожа;
- чрезмерный загар последние 2 недели или солнечные ожоги в области лечения;
- возраст до 18 лет.

Дополнительные противопоказания при лечении лица.
- химический пилинг в последние 3 месяца;
- глубокий химический пилинг/лазерная шлифовка в течение последних 6 месяцев;
- натуральный наполнитель в последние 3 месяца (в ряде случаев 6-8 месяцев) в зоне воздействия;

Я понимаю, что пребывание на солнце или загар любого вида противоречат инструкциям, которым необходимо следовать до и после процедуры, и они могут повысить риск осложнений

Я ЧЕТКО ПОНИМАЮ И ПРИНИМАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ:
- Цель этой процедуры, как и любой косметической процедуры в улучшении, а не в достижении совершенства.
- Окончательный результат может быть и не очевиден даже через месяцы после лечения.
- Для получения наилучших результатов необходимо проведение полного курса радиочастотной терапии.
- Для получения наилучших результатов лечения необходимо строго следовать предписанному режиму и уходу после процедуры.
- Домашний уход, которым необходимо следовать после процедуры, был обсужден, и он полностью ясен мне.
- Я даю согласие на фотоснимки, которые будут сделаны с целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Моя подпись подтверждает, что я понимаю возможные ограничения, цели и осложнения, которые могут возникнуть при проведении процедуры RF- терапии и заявляю, что я готов(а) к началу такого лечения.
На мои вопросы, касающиеся этой процедуры, были получены удовлетворительные ответы.
Я принимаю все риски лечения и даю согласие на предоставление ухода после процедуры, как будет предписано врачом
Настоящим обязуюсь информировать о любых изменениях в состоянии здоровья.

Возможные иные варианты медицинского вмешательства: пластическая операция (подтяжка лица), контурная пластика, лазерная шлифовка, нитевой лифтинг

Пациент _____ _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск, предполагаемые результаты, возможные последствия и дал(а) ответы на все вопросы

Врач-косметолог _____ _____
(подпись)

Приложение к договору

№ 1

Назначение на сегодняшний день

Наименование процедуры	Курс	Стоимость
Микроигольчатый **RF** лифтинг на аппарате **Morpheus 8**		