(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры биоревитализации

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 биоревитализации** 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 **биоревитализацию** 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)

Я проинформирован(а) об основных преимуществах анестезии и о том, что могут возникать побочные реакции на препараты, используемые при ее проведении и процедуры: аллергические реакции (анафилактический шок, отек Квинке, обморок, коллапс, дерматит), постинъекционные гематомы, временное изменение окраски кожных покровов в месте манипуляций.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные 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, об имеющихся у меня вредных привычках, и понимаю, что утаивание информации может принести вред моему здоровью и жизни.

Мне разъяснены результаты процедуры:

коррекция мелких морщин, возрастных изменений кожи, улучшение цвета лица и уменьшение пигментации кожи, подтягивание кожи лица, шеи, рук, коррекция обезвоживания кожи после загара, действия низких температур, минимальный эффект от процедуры, отсутствие эффекта в виду индивидуальных особенностей.

Мне разъяснен, связанный с процедурой восстановительный период:

формирование множественных округлых папул до 3 мм, сохранение папул до 3-5 дней после проведения процедуры отек, покраснение, распирания, гематомы.

Метод проведения процедуры: инъекционное введение препарата с использованием тонких игл на глубину 0,2-1,5 мм после предварительной обработки антисептическим раствором.

Альтернативные методы: применение других брендов.

Вероятные осложнения:

в местах инъекций могут наблюдаться:

- отек, боль, аллергические реакции, зуд, чувство распирания, покраснение, болезненность в местах введения, гематомы, которые проходят самостоятельно через несколько дней.

В случае сохранения нежелательных явлений более 1 недели обязуюсь в кратчайшие сроки сообщить лечащему врачу.

Я проинформирован о противопоказаниях к медицинскому вмешательству:

- беременность, лактация
- гиперчувствительность к любому из компонентов препарата
- онкологическая патология
- любые заболевания кожи в области введения материала
- гемангиомы, ангиодисплазии, варикозные изменения вен вблизи зоны введения материала
- воспалительные процессы в коже в области планируемого введения
- нарушение целостности кожных покровов в зоне введения
- 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
- 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
- склонность к патологическому заживлению
- клинические проявления герпетической инфекции
- возраст до 18 лет

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

- не прикасаться к местам введения препарата в течение 6 часов.
- 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 в течение 2 недель

- избегать сильного переохлаждения мест инъекций до исчезновения отека и покраснения
- обрабатывать места инъекций раствором антисептика (хлоргексидин, мирамистин) 2-3 раза в день 1-2 дня
- не посещать стоматолога в течение 2 недель после процедуры
- избегать проведения физиотерапевтических и тепловых процедур в области введения препарата
- не использовать новую косметику в течение 2 недель.

Я уведомлен, что мои физиологические особенности, а именно: цитостатиков, глюкокортикоидов, L-тироксина, ферментных препаратов, препаратов, содержащих соли четвертичного аммония, посещение стоматолога в течение 2 недель после процедуры могут привести к быстрой биодеградации препарата, формированию отека в местах введения препарата, контаминации мест введения геля микробной флорой.

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 биоревитализации.**

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)

Приложнение к договору

№ 1

Назначение на сегодняшний день

Наименование процедуры	Курс	Стоимость
Биоревитализация		