

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на процедуру «чистка лица»

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 **«чистка лица»** 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 «чистки лица»** 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, 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: уменьшение количества открытых и закрытых комедонов;

Связанный с ней восстановительный период: гиперемия (от незначительной до выраженной), которая носит временный характер, шелушение от мелко- до крупнопластинчатого, появление воспалительных элементов.

Метод проведения процедуры: процедура проводится согласно протоколу применения средств космецевтической линии.

Альтернативе методы: УЗ-чистка лица, чистка лица на других косметических линиях.

Вероятные осложнения:

- инфицирование, обострение герпетической инфекции
- острая воспалительная реакция (в виде стойкой гиперемии, выраженного отека, болезненности и повышения температуры)
- аллергическая реакция на препараты, применяемые во время процедуры
- эритема сроком 14 дней и более
- отсутствие результата от процедуры в виду индивидуальных особенностей

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 степени 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
- клинические проявления герпетической инфекции

- эпилепсия, эпилептический синдром
- пограничные состояния

Мне сообщили о возможных реакциях после процедуры чистки лица:

- локальная отечность различной степени выраженности и длительности
- покраснение различной степени выраженности и длительности
- появление папуло-пустулезных высыпаний

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

- не мочить зону обработки в течение 24 часов
- исключить травматизацию обработанной поверхности
- не наносить никаких косметических средств в течение 3 дней кроме рекомендованных врачом
- избегать воздействия солнца, отложить посещение солярия на 1 месяц, бани/сауны на 7 дней **Я уведомлен(а)**, что особенности моего организма, а именно
- индивидуальная реакция на компоненты используемых препаратов, повышенная чувствительность кожи могут привести к преходящей гиперемии и шелушению кожи.

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 чистки лица**

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
Чистка лица		