(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на процедуру Ультразвуковой лифтинг на аппарате Liftera

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 ультразвукового лифтинга (метод HIFU)** 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 «Ультразвукового лифтинга»** 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, связанные с ними риски, 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: под воздействием сфокусированного ультразвука происходит избирательный точечный нагрев участка мышечно-апоневротического слоя, подкожно-жировой клетчатки (пжк), что ведет к их сокращению, обеспечивая подтяжку каркаса лица или тела (в зависимости от зоны воздействия). Возможно отсутствие результата от процедуры ввиду индивидуальных особенностей.

Эффект от процедуры наступает, как в краткосрочный период, так и в течение последующих 6 месяцев после процедуры. Процедуры глубокого ультразвукового лифтинга по системе HI-FU не являются заменой пластической операции фейслифтинга липосакции при явных показаниях. Мне разъяснено, что в зависимости от состояния кожи процедура может быть однократной или проводиться курсом в комбинации с другими методами. Для достижения результата требуется пройти полный курс назначенных врачом процедур. Я понимаю, что в зависимости от индивидуальной реакции на процедуры, назначения могут корректироваться.

Мне разъяснен связанный с процедурой восстановительный период: во время процедуры ощущается покалывание и тепло от легкого до средне-интенсивного. Зоны мягких тканей, расположенных близко к костному остову более чувствительны. Сразу после процедуры цвет кожи неоднородный с элементами гиперемированных и бледных участков (исчезает за 10-30 минут). Возможен отек от 2 до 4 суток. Легкое чувство стянутости, около суток. Может быть, умеренная болезненность мягких тканей лица 7 -15 дней.

Метод проведения процедуры: процедура проводится с помощью аппарата Liftera (метод HIFU - высокоинтенсивный фокусированный ультразвук). При воздействии множественных ультразвуковых импульсов высокой частоты в фокусе воздействия образуется тепловая энергия, которая вызывает нагрев ткани на уровне SMAS-поверхностной мышечно апоневротической системы, и пжк, что вызывает сжатие, лифтинг и подтяжку контуров лица и тела. Процесс ремоделирования занимает несколько месяцев, эффект лифтинга нарастает через 1 и до 6 месяцев.

Я проинформирован о противопоказаниях к медицинскому вмешательству: не допускается применение препарата:

- 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
- импланты: кардиостимулятор, устройство для коррекции недержания мочи и другие (в зоне воздействия)
- склонность к патологическому заживлению
- клинические проявления герпетической инфекции
- 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 3 месяцев
- эпилепсия, эпилептический синдром
- пограничные состояния
- доброкачественные новообразования: миома, мастопатия (в зоне воздействия)
- металлические пластины, находящиеся в области лица (состояние после травм лицевого скелета)
- имплантация зубов, не ранее чем через год после окончания лечения

- все заболевание в фазе обострения, особенно кожные и ЛОР-органов
- имплантация филлеров на основе гиалуроновой кислоты не ранее чем через 3 месяца или более в зависимости от филлера и уровня имплантации.
- имплантация перманентных филлеров исключает воздействие работы ультразвука в этих местах.

Вероятные осложнения:
- Обострение герпетической инфекции
- Линейные поверхностные изменения кожи и мягких тканей (из-за особенностей рельефа) Проявляются в виде единичных эрозивных дефектов, подлежащих коррекции
- Транзиторная асимметрия участков лица и тела
- Гранулематозное воспаление
- Гиперпигментация
- ожоги
- Неровности

Я ознакомлен (а) с рекомендациями и ограничениями в режиме:
- Умывание утром и вечером водой комнатной температуры с мягким моющим гелем.
- После процедуры можно использовать привычный ежедневный уход за лицом (кремы для век, лица, шеи), если врачом не даны другие рекомендации.
- Нежелательно посещать баню, сауну и любые тепловые процедуры на 7 -10 дней.
- Не рекомендуется подвергать кожу прямому солнечному воздействию. Использовать солнцезащитный крем с SPF 15, 30 осенне-зимний период, летом SPF 50.

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 Ультразвукового лифтинга.**

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
Ультразвуковой смас-лифтинг на аппарате **Liftera**		