

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на имплантацию нитей Aptos

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 об имплантации нитей Aptos 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 имплантации нитей Aptos, 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.

Я проинформирован(а) о том, что: имплантация нитей Aptos выполняется с целью улучшения начальных, умеренных проявлений возрастных изменений мягких тканей лица, при провисании щеочно-скуловой области, носогубных складок, формировании брылей, асимметрии лица.

Нити изготовлены из полипропилена-синтетического шовного материала либо из рассасывающего сополимера L-лактида и капролактона, совместимого с тканями человек. Входящая в состав L-молочная кислота оказывает дополнительное омолаживающее действие, активируя естественные процессы обновления клеток кожи.

Мне разъяснены результаты процедуры имплантации нитей Aptos:

Степень и продолжительность коррекции зависит от характера устраняемого дефекта, типа введенных нитей, индивидуальных особенностей пациента. Количество вводимых нитей зависит от размеров и области коррекции. Может возникнуть необходимость в корректировочной или повторной процедуре. Возможна асимметрия, недостаточный эффект или его отсутствие, вследствие индивидуальных особенностей пациента.

Связанный с процедурой восстановительный период: После процедуры могут возникнуть отеки, неровности, синяки, небольшие втяжения и асимметрия. Возможна болезненность в месте имплантации. Обычно эти явления проходят в течение нескольких недель, в редких случаях держаться до двух месяцев.

Альтернативные варианты: имплантация нитей другого бренда.

Я проинформирован (а) о противопоказаниях к медицинскому вмешательству: Абсолютные:

- 4 степень гравитационного поза мягких тканей (наличие выраженных избытков кожи лица)
- выраженная атония кожи
- нити не должны вводиться в участки кожи с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес и т.д)
- ОРВИ
- обострение хронических заболеваний
- гемофилия, нарушения свертываемости крови
- поливалентная аллергия
- онкологические заболевания в острой фазе, период химиотерапии, лучевой терапии
- острые воспалительные заболевания полости рта
- декомпенсированные системные и аутоиммунные заболевания
- ВИЧ-инфекция. Вирусные гепатиты
- декомпенсированный сахарный диабет
- месячные 1 неделя цикла
- беременность, лактация
- детский возраст

- ранее введенные не биодеградирующие безоболочечные импланты в зоне вмешательства (ПААГ, силикон, вазелин, биополимер и пр.)

(ПААГ, силикон, вазелин, биополимер и пр.)

Относительные:

- артериальная гипертензия выше 2 ст.

- ИБС выше 2фк
- прием антикоагулянтов, антиагрегантов
- ксероз, симптом «папиросной бумаги»
- умеренная атония кожи
- дерматопороз
- гиперкинезы
- 3 степень гравитационногоптоза мягких тканей лица
- келоидообразование в анамнезе

Мне сообщили о возможных побочных действиях:

- После имплантации нитей существует вероятность развития различных видов воспалительной реакции кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом и/или болезненностью при надавливании и/или парестезией. Подобная воспалительная реакция может сохраняться в течение одной и более недель
- Возникновение кровоподтеков, выраженных гематом
- Возникновение уплотнений или узелков на месте имплантации
- Контурирование нитей
- Сильные втяжения кожи в местах проколов
- Асимметрия
- Отсутствие результата

Я ознакомлен (а) с рекомендованными ограничениями в режиме:

- В течение 48 часов после проведения процедуры, необходимо прикладывать лед к области коррекции 3-4 раза в день в течение 15 минут
- При сохранении болевых ощущений возможно применение анальгетиков в соответствии с инструкцией
- Для ускорения процессов реабилитации рекомендуются препараты и процедуры, снижающие отек (микротоксовая терапия и пр)
- В течение 3 дней обрабатывайте места проколов кожи антисептическим раствором
- В течение 2-3 дней не принимайте горячие напитки и пищу
- В течение 3-4 дней вам может быть назначена антибактериальная терапия
- В течение 14 дней ограничивайте активность мимики, воздержитесь от занятий фитнесом
- Следует отказаться от алкоголя (на 2-3 недели), массажи и физиотерапия (на 2 месяца), тепловых процедур на 1 месяц, процедур миостимуляции (на 2 месяца)
- В течение 1 недели рекомендуется воздержаться от перелетов
- Рекомендуется спать на спине в течение не менее 2 недель
- Обязательно посещение врача на 7-й, 14-й день после процедуры
- Пациент должен в кратчайшие сроки известить врача обо всех случаях сохранения у него местной воспалительной реакции в течение более одной недели после введения нитей, а или случаях возникновения любых других побочных эффектов.

Я уведомлен (а), что: особенности моего организма, а именно наличие в анамнезе аутоиммунных заболеваний или расстройства в прошлом или при наличии клинически выраженного аутоиммунного заболевания, тяжёлых аллергических реакций или анафилактического шока), прохождение иммуносупрессивной терапии может вызвать нетипичные реакции (длительные отеки, покраснения).

Лечение противосвёртывающими средствами (антикоагулянты, аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты) повышает опасность развития кровоподтеков или возникновения кровотечения в месте введения препарата.

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 постпроцедурный 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 имплантации нитей Aptos.**

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)

Назначение на сегодняшний день

Наименование процедуры	Курс	Стоимость
Нитевая подтяжка Нитями Aptos		

.