

Общество с ограниченной ответственностью «Империя красоты»

ОГРН 1245400041710 ИНН5406844759 КПП 540601001

Юр. адрес: 630091, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Урицкого, д. 6, 1 этаж, офис 5

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением искусственных имплантов в мягкие ткани (биоревитализация)

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество пациента)

подтверждаю, что медицинский работник _____

(Фамилия Имя Отчество врача)

ООО «Империя красоты» предоставил мне в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» в полном объеме и в доступной для меня форме информацию о нижеследующем:

Вводимый препарат _____ представляет собой стерильный биodeградируемый гель, содержащий:
макромолекулы полинуклеотидов
нестабилизированную гиалуроновую кислоту,
нестабилизированную гиалуроновую кислоту с витаминами
гибридный комплекс высокомолекулярной и низкомолекулярной гиалуроновой кислоты
комплексы витаминов и минералов

(нужное подчеркнуть)

для инъекционного введения внутрикожно и /или в мягкие ткани с целью терапии и профилактики возрастных изменений кожи, коррекции сухости кожи (повышения уровня гидратации), коррекции морщин на лице, восстановление кожи после агрессивного воздействия (инсоляция, лазерное воздействие, химические пилинги), проведения пластических операций, а также для подготовки к лазерным процедурам, пилингам. Вмешательство проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 апреля 2012 г. N 381н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "косметология".

Врач уведомил меня о том, что вводимый препарат постепенно биodeградирует и поэтому эффект после его введения постепенно утрачивается, в зависимости от места инъекции, типа кожи и техники введения и количества процедур в курсе - длительность эстетического эффекта от применения препаратов может варьировать до 6-8 месяцев. Врач уведомит меня после контрольного осмотра о необходимости дополнительной коррекции — проведения дополнительных процедур. Количество вводимого препарата определяется только врачом, не может быть увеличено по моему настоянию.

№ п/п	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
	A25.01.001		

Показаниями для введения препарата являются:

- физиологическая или патологическая атрофия кожи (стрии, постакне);
- коррекция возрастных складок и морщин;
- коррекция контуров,
- выравнивание рельефа кожи,
- вялость и сухость, снижение тургора кожи в следствии воздействия внешних факторов или хронических заболеваний;
- фотоповреждения кожи, купероз,
- возрастные пигментаций;
- гипотрофические и атрофические рубцовые деформации,
- подготовка и реабилитация кожи при проведении химических пилингов, пластических операций и лазерной шлифовки,
- толстая, атоничная кожа.

Противопоказания к указанному медицинскому вмешательству:

- беременность и лактация;
- склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов;
- местный воспалительный процесс в зоне предполагаемой инъекции;
- плохая свертываемость крови;
- высокая температура тела в день перед процедурой;
- обострение хронических соматических заболеваний;
- сахарный диабет,
- порфирия,
- эпилепсия,
- аутоиммунные заболевания,
- онкология, доброкачественные новообразования в зоне воздействия препарата;
- рецидивирующая ангина;
- ранее введенный препарат другого состава в зоне предполагаемой инъекции — минимальное время между различными процедурами 2 недели;
- возраст до 18 лет;
- прием препаратов, увеличивающих время свертывания крови -антикоагулянты, антиагреганты,
- нарушение процессов свертывания крови в следствии синдромов, заболеваний крови,
- ранее возникали аллергические реакции на введение препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту, витамины, лидокаин,
- одновременно с проведением лазеротерапии, химического пилинга, процедур дермоабразии.

Особенности проведения процедуры:

Папулы - это небольшие выпуклости в местах уколов, в которых скапливается препарат. Через несколько дней вещество равномерно распределится по коже, и папулы исчезнут. Такое явление к осложнениям не относится.

Перед проведением вмешательства врач может нанести на мою кожу обезболивающий гель с анестетиком (лидокаин или др. препарат). Возможна местная аллергическая реакция на этот препарат. Я предупредил(а) врача о возникновении ранее у меня реакции на анестезию при обезболивании у стоматолога или при оперативном вмешательстве. В местах введения препарата может проявиться местная реакция тканей: припухлость (отек), покраснение, болезненность при прикосновении, зуд, мелкие кровоизлияния. По истечении времени от 1-3 дней до недели после проведения процедуры эти реакции обычно самопроизвольно проходят. В редких случаях при повышенной чувствительности к компонентам препаратов животного происхождения возможно более длительное сохранение покраснений в местах инъекций до 2-3 недель. Данная реакция непредсказуема до применения препарата. В случае возникновения аналогичной или аллергической реакции на другие препараты в анамнезе требуется проведение кожного теста и профилактического десенсибилизирующего лечения (заблаговременный прием антигистаминных препаратов).

Для предотвращения развития пост процедурных осложнений рекомендуется:

- не умываться и не пользоваться агрессивными косметическими продуктами в первые сутки после введения препарата;
- для дополнительного очищения можно использовать водный раствор хлоргексидина;
- 2- 4 недели после процедуры и во время прохождения всего курса избегать воздействия солнечных и ультрафиолетовых лучей, **в т.ч. солярий**, и применяйте солнцезащитные средства с высоким фактором защиты (SPF 50+);
- несколько последующих недель (уточнит врач) запрещено заниматься спортом и посещать баню, сауну.

Я предупрежден(а) о необязательных, но возможных рисках введения препарата, включая следующие:

- развитие воспалительных реакций кожи, локальная инфекция, которые могут сопровождаться зудом и/или болезненностью при надавливании и/или парестезией. Данная воспалительная реакция может сохраняться в течении недели;
- кровоподтеки, гематомы в месте введения;
- уплотнения, узелки в месте введения;
- может наблюдаться окрашивание или обесцвечивание кожи в месте введения некоторых препаратов;
- морщины /рубцы на коже не исчезают, а становятся менее заметными, поэтому возможен слабовыраженный эффект заполнения

Крайне редко возможно развитие серьезных нежелательных явлений:

- ишемия, некроз кожи, повреждение подлежащих тканей,
- развитие абсцессов, гранулем,
- аллергические реакции немедленного и замедленного типа (крапивница, анафилактический шок, отек Квинке).

Возможность возникновения указанных последствий является непредвиденной и не свидетельствует о ненадлежащем оказании медицинского вмешательства. В случае возникновения таких явлений мне незамедлительно нужно известить своего врача (обратиться в клинику по тел. 247-85-45), который предпримет все возможные действия для купирования и лечения нежелательных явлений (осложнений). При этом, я понимаю, что организм является биологической системой неподконтрольной в 100 % случаев сознанию человека, поэтому невозможно гарантировать 100% ожидаемый пациентом результат от воздействия. Я также понимаю, что две половины человеческого лица всегда асимметричны и имеют некоторые различия в форме и размерах, и эти различия остаются после процедуры.

Мне полностью ясно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований, введении других препаратов (у другого специалиста), применении косметических средств, не рекомендованных врачом, может способствовать развитию местных или общих осложнений или стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты коррекции и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе и материальную.

При обращении в другую медицинскую организацию за аналогичными медицинскими услугами в области проведения вмешательства Клиника снимает с себя все обязательства перед пациентом (кой) при возникновении каких-либо побочных явлений и осложнений в отсроченном периоде.

Я подтверждаю, что ранее:

никакой имплантат не вводился

вводился имплантат _____

указать какой и когда

Я имел (а) возможность задать вопросы врачу и получить ответы, в том числе в письменной форме:

(заполняется собственноручно пациентом)

Я поставлен(а) в известность о необходимости информирования врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в т.ч. аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных травмах, операциях, имеющихся или перенесенных заболеваниях, экологических и производственных факторах воздействующих на меня в течение жизни, принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии беременности и периода грудного вскармливания ребенка.

Я проинформирован(а), что для достижения результата необходимо пройти курс процедур. Я предупреждена, что при нарушении мною рекомендаций, возможно частичное или полное недостижение результатов, возникновение необходимости в проведении дополнительных вмешательств, удлинение сроков реабилитации после нее, увеличение стоимости услуг.

Я проинформирован(а) обо всех показаниях и противопоказаниях к данной процедуре. Я проинформирована о том, что в случае наличия противопоказаний со стороны моего здоровья врач может рекомендовать мне пройти консультацию у аллерголога и иных специалистов, сдать анализы: общий анализ крови, коагулограмма, и подтверждаю, что на момент проведения процедуры я рассказал(а) врачу обо всех особенностях моего здоровья.

Я сообщил(а) врачу достоверную информацию о состоянии своего здоровья, аллергических реакциях. Я предупрежден(а), что в случае предоставления мною неполной или недостоверной информации о состоянии здоровья, а также несоблюдение мною рекомендаций врача по обследованию у смежных специалистов, может наступить повреждение моего здоровья в результате проведения данной процедуры.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с ч. 5 п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____

(Фамилия Имя Отчество, телефон заполняется пациентом собственноручно)

На основании полученной от медицинского работника информации в полном объеме и в доступной для меня форме, достаточной для осознанного решения, Я ДАЮ СВОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение описанных выше медицинских вмешательств.

« ____ » _____ 20__ г. Пациент _____
Дата подпись пациента

от ООО «Империя красоты» _____ / _____
должность медицинского работника Фамилия И.О. подпись

Оригинал настоящего информированного добровольного согласия хранится у Исполнителя в медицинской документации пациента.

Копию настоящего информированного согласия получил (по требованию пациента, законного представителя)

« ____ » _____ 20__ г. Пациент _____