

**Информированное согласие пациента
на косметическую процедуру на аппарате «SCARLET»**

Вы, как пациент « _____ », имеете право получить информацию о Вашем состоянии и рекомендуемой процедуре, с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.

Я, _____, добровольно прошу специалиста _____, а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов и персонал провести процедуру высокочастотного RF с микроиглами

на лице: _____;

на теле: _____;

на волосистой части головы _____;

на ладонях, подошвах, подмышках: _____;

на прочих участках тела: _____.

Мне понятна суть и характер указанных выше процедуры.

Я понимаю, что результат процедуры сохраняется в течение нескольких лет. С учетом индивидуальных особенностей моей кожи на различных участках кожи может сохраняться в течение различного времени.

Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению врача. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии и процедуры.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: _____

Я сообщаю о своих вредных привычках: _____ и _____ применяемых _____ медицинских препаратах: _____.

Я сообщаю о наличии у меня хронических заболеваний: _____

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры, реакции на процедуру в виде временной отечности, образование корки и гематомы, аллергических реакций.

Я предупрежден(а) о том, что для профилактики инфицирования и для ускорения заживления в течение 3х дней после процедуры рекомендуется:

не париться в бане и не загорать;

не купаться в водоемах и бассейнах;

ограничить применение декоративной косметики;

пользоваться специальным противовоспалительным, ранозаживляющим препаратом.

Мне разъяснено, что по прошествии 2 - 4 недель после процедуры, оценив ее результат, необходимо принять решение по поводу необходимости дополнительных процедур.

Я осведомлен(а) о том, что перед процедурой необходимо тщательно снять макияж, снять контактные линзы (при процедуре на веках).

Мне рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, образование корки), специального препарата и ограничений в применении макияжа.

Я предупрежден(а), что процедура может провоцировать появление герпетической реакции у лиц, имеющих к этому склонность.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

Я обязуюсь выполнять рекомендации специалиста, а также рекомендации, изложенные в полученной мной памятке.

Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего лица и организма.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры.

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

« _____ » _____ 20__ года

(подпись пациента и фамилия, имя, отчество)

Особенности пациентки _____

Специалист: _____