

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ВЕЛНЕС БЬЮТИ СТУДИО» (ООО «ВБС»)**

Юридический\фактический адрес: 119296, г. Москва, Ленинский проспект, дом 67, корпус 2

тел. (499) 667-51-11 bp6675000@gmail.com www.beautypractice.ru

ИНН 7736680566 КПП 773601001 ОГРН 1147746987200

Лицензия на медицинскую деятельность ЛО № 41-01137-77/00308282 от 12.09.2016 года

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ**

**на проведение процедуры коррекции локальных жировых
отложений препаратом Aqualyx (метод интралипотерапии)**

Составлено и предлагается пациенту
в соответствии со статьей
20 Федерального закона
от 21.11.2011 №323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации»

Я, _____

(фамилия, имя, отчество Пациента – полностью)

даю информированное добровольное согласие на выполнение мне процедур коррекции локальных жировых отложений препаратом Aqualyx (интралипотерапия) и прошу персонал медицинской организации ООО “Велнес Бьюти Студио” (далее по тексту – «Центр») о ее проведении врачом

(должность, фамилия, имя, отчество врача – полностью)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Мне также разъяснено, что лечение включает в себя глубокое введение в жировую ткань препарата с повреждающим жировые клетки действием, что в свою очередь приводит к истончению жира в обработанной области. Данная процедура может быть дополнена применением ультразвуковой терапии в обработанной области. Все препараты и приборы, используемые в процедуре, одобрены и зарегистрированы на территории России.

- Я подтверждаю, что ознакомлен(-а) с характером предстоящей мне процедуры. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящей процедуры.

- Я информирован(-а) о содержании и результатах процедуры, а также о том, что мне могут оказать альтернативные медицинские услуги в других медицинских учреждениях и на иных условиях.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

- Я осознаю, что в зависимости от индивидуальной чувствительности организма процедура может сопровождаться болезненными ощущениями; которые могут сохраняться в среднем в течение 72 часов после процедуры.

- Я информирован(-а) о том, что для достижения максимально желаемого результата от процедуры в соответствии с медицинскими показаниями может возникнуть необходимость проведения курса процедур.

- Я извещен(-а), о том, что после процедуры необходимо соблюдать меры по уходу за кожей в домашних условиях в соответствии с рекомендациями и назначениями врача.

- Я понимаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций и назначений врача может отрицательно сказаться на результате процедуры/курса процедур и быть причиной осложнений либо неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

- Я предупрежден о факторах риска и понимаю, что проведение процедуры сопряжено с возможностью осложнений и побочных явлений после процедуры/курса процедур на подвергшихся обработке участках кожи и в организме в целом:

- немедленная реакция организма на введение препарата Aqualyx может включать: аллергические реакции, гематомы, отек, покраснение и болезненность в области инъекции в течение 24-72 часов;
- среди осложнений следует отдельно выделить те, которые связаны с невыполнением рекомендаций врача. Сюда относятся: инфицирование области имплантации при несоблюдении личной гигиены, пигментация обработанной кожи в случае избыточной инсоляции в солярии или на солнце сразу после процедуры, воспаление, спровоцированное посещением бани, сауны, проведением физиотерапевтических процедур сразу после инъекции;
- в редких случаях может возникнуть возможность инфицирования, некроз кожи, капиллярные кровотечения, отслоение эпителия, рубцевание, образование неровностей и фиброза; обострение герпетической или бактериальной инфекции;
- риски и осложнения, связанные с обезболиванием (см. ИДС на анестезиологическое пособие).

- Я осознаю, что перечисленные, а также неупомянутые выше возможные осложнения и побочные явления, могут повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных временных и иных затрат.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан(а) немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия как во время проведения процедуры, так и после нее (в том числе при возникновении волдырей, мелких кровоизлияний, выделения жидкости (мокнущая), кровоточивости, боли, изменения цвета кожи или иных явлений), а также согласовывать с врачом прием любых, непрописанных лекарственных препаратов, мазей и т.д. Я проинформирован(-а) врачом о назначаемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению

- Я понимаю, что процедура/курс процедур не гарантирует получения 100% желаемого результата.

- Я согласен (согласна) с тем, что используемая технология проведения медицинского вмешательства не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Центр не несет ответственности за их возникновение.

- Я понимаю и согласен (согласна), что Центр не может нести ответственность за качество ранее проведенных процедур в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с такими процедурами.

- Я ознакомлен(-а) о необходимости информировать Врача о перенесенных мною заболеваниях, известных мне аллергических заболеваниях, противопоказаниях/индивидуальной непереносимости к приему препаратов, а также о злоупотреблениях алкоголем и наркотическими препаратами.

- Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) в Анкете о состоянии здоровья, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат процедуры зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

- Я информирован(а) об абсолютных противопоказаниях для проведения процедуры: беременность, кормление грудью, эпилепсия, псориаз, атопический дерматит, различные инфекции в стадии обострения. Частные противопоказания обсуждаются с врачом на основании данных, указанных в Анкете о состоянии здоровья.

- Я не возражаю против записи процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение процедуры мною внимательно прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

- Я подтверждаю, что понял(-а) всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами Центра о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых

результатах; я имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области.

На все заданные вопросы я получил(-а) _удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

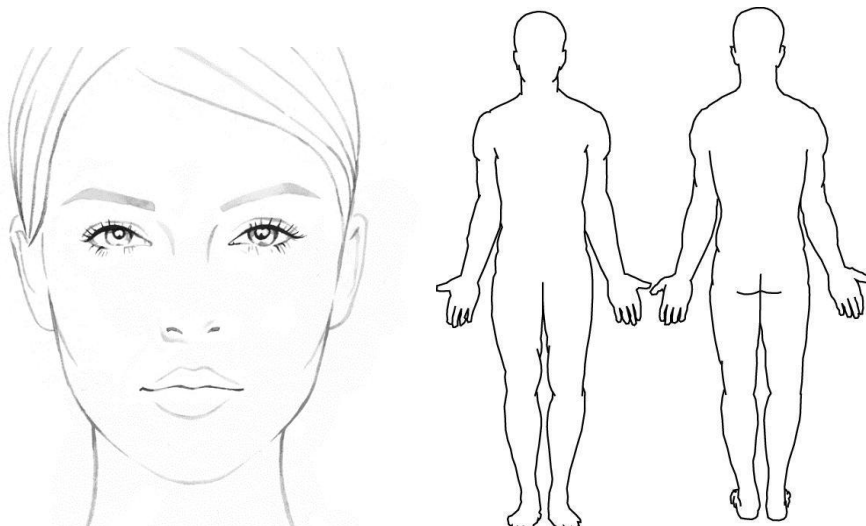
Ф.И.О. пациента _____ подпись _____ дата _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона воздействия _____

Анестезия _____

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ



Ф.И.О. пациента _____ подпись _____ дата _____ /
/ _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____ дата _____ / _____ / _____