

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 БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ Препаратом ПЛИНЕСТ

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,

_____ ,
даю свое согласие на проведение процедуры биоревитализации кожи препаратом Плинест

Plinest — биоревитализант последнего поколения для лифтинг-эффекта, активации процессов естественного омоложения и улучшения общего состояния кожи. Основным действующим компонентом биоревитализантов Плинест являются полинуклеотиды, которые являются естественными фракциями человеческого ДНК. Они активируют фибробласты, за счет чего стимулируются внутренние процессы регенерации клеток. Как следствие работы фибробластов запускается активная выработка естественного эластина, коллагена и гиалуроновой кислоты, которые отвечают за упругость, эластичность и молодость кожи.

В результате чего происходит естественная подтяжка контуров лица, разглаживаются имеющиеся морщины, повышается тонус кожи.

При этом привычной гиалуроновой кислоты в Plinest для биоревитализации нет. Это позволяет снизить риск образования отеков, а также дает более длительный эффект от процедуры. Препарат находится внутри предварительно заполненного им шприца одноразового использования. Процедура биоревитализации предназначена для повышения увлажненности и упругости кожи путем многократного инъекционного введения препарата в дермальный слой кожи. Биоревитализация позволяет провести восстановление обезвоженной, увядающей кожи лица и тела, подготовку и восстановление кожи после процедур до и после пилинга, лазерных шлифовок, фотоомоложения, пластических операций, перед и после активной инсоляции. Используется в восстановительном лечении после угревой болезни, для коррекции рубцов и растяжек. Процедура минимизирует морщины, увеличивает увлажненность и эластичность кожи, улучшает ее тонус и цвет, уменьшает проявления гиперпигментации. Биоревитализация выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомо-физиологических особенностей в каждом конкретном случае. Для достижения желаемого результата проводится 3-4 процедуры с интервалом 2-3 недели с дальнейшими поддерживающими процедурами 1 раз в 3 месяца, либо согласно рекомендациям врача. Продолжительность результата — от 3 до 6 месяцев.

Я предупрежден(а) о том, что долгосрочный и максимально выраженный результат от процедуры достигается при прохождении полного курса биоревитализации.

Отсутствие видимых эстетических изменений не означает неэффективность проведенной процедуры

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или приема препаратов (гепарин, аспирин); непереносимость компонентов испытуемого препарата; воспалительный процесс в зоне введения препарата; системные аутоиммунные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; повышение температуры накануне или в день процедуры, склонность к гипертрофическим рубцам, герпес в период обострения.

Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствие у меня противопоказаний к проведению данной процедуры.

Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникать: отек, покраснение, болезненность, гематомы (синяки), неравномерное уплотнение мягких тканей в области инъекции. Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 3-5 суток.

Я обязуюсь в кратчайшие сроки известить врача, проводившего процедуру, обо всех случаях сохранения побочных реакций более одной недели. В редких случаях, возможно обострение герпетической инфекции в месте проведения инъекций, появление акнеподобных элементов, что требует незамедлительной консультации специалиста, проводившего процедуру.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: в течение 1-2 часов после процедуры запрещено наносить макияж, трогать, разминать область коррекции, следует использовать наружно средства, рекомендованные врачом, использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения появления гиперпигментации. Массаж, физиотерапию, химические пилинги, лазерные процедуры, баню, сауну, продолжительное воздействие солнца исключить на 2 недели. Следует исключить прием алкоголя за 2 дня до и 2 дня после проведенной процедуры.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру биоревитализации с использованием препарата Плинест.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры биоревитализации, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, болевых и других негативных реакций, о возможной недостаточной эффективности или слабо выраженном эффекте процедуры при индивидуальной особенности организма.

Я предупрежден о необходимости соблюдать рекомендации после процедуры, мне предоставлена возможность задать до начала процедуры интересующие вопросы и получить исчерпывающую информацию. Я знаю, что у меня есть выбор, прибегнуть или не прибегнуть к предлагаемой процедуре, и я согласен(на) с порядком предоставления и оплаты упомянутой услуги. Я даю согласие на ее проведение, и обязуюсь следовать рекомендациям врача.

Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения процедуры, хранение клиникой моих фотографий и использование их исключительно в целях контроля качества оказанных медицинских услуг. Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия выдан мне на руки.

Ф.И.О. пациента _____

Подпись _____

Дата _____

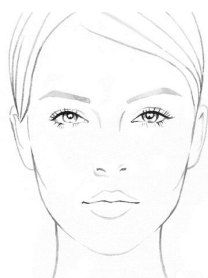
ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона коррекции _____

Анестезия _____

Препарат _____

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ФИО Пациента _____

Подпись _____

Дата _____

ФИО Врача _____ Подпись _____ Дата _____

