

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 стимуляции,
регенерации тканей по технологии

Cortexil PRP

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,

_____,
доверяю проведение процедуры стимуляции регенерации тканей по технологии Cortexil PRP

врачу _____.

Мне разъяснено, что данная процедура предназначена для ускоренного полноценного восстановления тканей путем введения PRP, полученной из моей собственной крови.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении данной процедуры, является аппликационной.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока).

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры и с ходом самой процедуры.

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:

- немедленная реакция организма на введение собственной плазмы может включать: гематомы разной степени выраженности, умеренный отек, гиперемию 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 введения при несоблюдении личной гигиены, пигментация 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 синяки, капиллярные кровотечения, отслоение эпителия, рубцевание, образование новых подкожных сосудов; обострение герпетической или бактериальной инфекции.

- 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. Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача. Я не утаил(а) ничего о состоянии своего

здоровья. **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 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.

Своей подписью я подтверждаю, что не применяю нестероидные противовоспалительные препараты и препараты ацетилсалициловой кислоты.

Подпись пациента _____ Подпись врача _____

Дата « ____ » _____ 20 __ г.