

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
электродеструкции на аппарате
ЭХВЧ-80 «ФОТЕК»

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 (Пациента) – полностью)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне электродеструкции кожных новообразований на аппарате ЭХВЧ-80 «ФОТЕК», предназначенном для лечения косметических дефектов кожи методом электродеструкции, 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 метод электрокоагуляции заключается в высокотемпературном разрушении доброкачественных новообразований кожи.

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

- Я обязуюсь пройти **консультацию онколога** по рекомендации врача для уточнения диагноза.

- 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 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.

- легкое покраснение, отечность в зоне обработки (проходит обычно через 2-3 дня, в исключительных случаях может продолжаться до двух недель после процедуры. Наибольший отек может быть на следующий день после процедуры);

○ жжение на подвергшихся обработке зонах в течение 2-3 часов после процедуры (в исключительных случаях эффект может сохраняться в течение нескольких дней);

○ воспаление, покраснение, появление мокнутия при несоблюдении правил ухода за обработанной областью;

○ изменение пигментации в области обработки;

в редких случаях капиллярные кровотечения, локальные ожоги под нейтральным электродом; 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.

- 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 ознакомлена 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: образование имеет злокачественный характер; обострение соматических болезней; беременность; кормление грудью; эпилепсия; псориаз; атопический дерматит; различные инфекции в стадии обострения; наличие неотключаемых имплантированных электромагнитных устройств; индивидуальная непереносимость каких-либо электропроцедур и обезболивающих средств.

Частные противопоказания обсуждаются с Врачом на основании данных, указанных в Анкете о состоянии здоровья.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом

1. Не мочить в течение 3-х дней;

2. Обрабатывать раствором Фукорцина или 5% раствором КМпО4 - 2 раза в сутки. в течении 7 дней.

3. Не загорать на солнце, исключить солярий в течение месяца;

4. Применять солнцезащитный крем с SPF 30.

5. Исключить травматизацию кожи в местах удаления образований, корочки не травмировать.

6. При возникновении любых жалоб и вопросов, необходимо связаться с Вашим лечащим врачом.

Контрольный осмотр через 2 недели

Мне разъяснено, и я осознаю, что я обязан(а) немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, как во время проведения процедуры, так и после нее, а также согласовать с врачом прием любых лекарственных препаратов, мазей, кремов и т.д. без назначения врача

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру на аппарате ЭХВЧ-80 «ФОТЕК».

- Я не возражаю против записи процедуры на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в целях

контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также 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.

Пациент _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О. - полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.

Медицинский работник _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата «__» _____ 20__ г.