

**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 ВВЕДЕНИЯ
ПРЕПАРАТА «Collost micro»**

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

Я, _____,
Даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата «Коллост микро» врачом

Препарат Коллост микро — это стерильный микронизированный коллаген I типа, полученный из кожи крупного рогатого скота. Коллаген является важным компонентом для восстановления клеток соединительной ткани. Современная технология обработки исходного материала в препарате Коллост обеспечивает высокую степень очистки от веществ, обладающих аллергенными свойствами и сохранение структуры коллагена, что позволяет увеличить период биодеградации. Технология MicroONIC и PoliONICol, 3-10% (объем гидратирующего вещества от 1.5мл до 5 мл), флакон 150 мг, применяется для восстановительной терапии возрастных изменений, при коррекции атрофических рубцов на коже лица и тела. В результате терапии улучшается тургор и эластичность кожи, уменьшается глубина и степень выраженности атрофических рубцов. Процедура 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 может потребоваться несколько процедур, продолжительность результата — от 6 до 12 месяцев.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; прием препаратов, снижающих свертываемость крови (гепарин, аспирин); воспалительный процесс в зоне введения препарата; системные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; наличие других материалов в зоне коррекции; повышение температуры накануне или в день процедуры. **Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствии у меня противопоказаний к проведению данной процедуры.** Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникать: покраснение, отечность, повышенная чувствительность кожи или болезненность в месте инъекции, кровоизлияния, гематомы. Данные явления носят временный характер и регрессируют в течение 5-7 дней. **Я обязуюсь выполнять рекомендации,** данные мне врачом: в первые 6 часов после процедуры необходимо избегать контакта кожи в области инъекции с водой и декоративной косметикой, в течение первых суток после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции, рекомендуется прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 минут, наносить наружно мазь «Траумель С». Следует отказаться от алкоголя на 1 неделю. Массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий) исключить на 1 месяц. Прием иммуностимулирующих препаратов в течение 1 месяца запрещен. Для ускорения реабилитационного периода, необходимо использовать кремы и мази, рекомендованные врачом.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру введения препарата «Коллост микро».

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры введения препарата «Коллост микро», проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакциях, необходимости соблюдать рекомендации после процедуры, дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня 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.

ФИО Пациента _____ Подпись _____ Дата _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона коррекции _____

Препарат _____

Анестезия _____

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____