

# 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 ПРОЦЕДУР ПИРСИНГА

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 и дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на выполнение мне процедур пирсинга.

**Медицинским работником 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 пирсинга заключается в создании прокола, в котором носят украшение в выбранной мной зоне. **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 извещен(-а), о том, что после процедуры необходимо соблюдать меры по уходу за кожей в домашних условиях в соответствии с рекомендациями и назначениями врача, в том числе памяткой для пациента, а также следует воздерживаться от пребывания на солнце в течение 7 дней с даты проведения процедуры; курения, приема алкоголя и др. вредных привычек. 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: немедленная реакция организма на создание прокола: гематомы, умеренный отек, гиперемию и болезненность в области прокола в течение 24-72 часов; возможна индивидуальная гиперчувствительность на металл установленного украшения (встречается в 0,002%-10% случаев).

Среди осложнений следует отдельно выделить те, которые связаны с **невыполнением рекомендаций врача**. Сюда относятся: инфицирование области прокола при несоблюдении личной гигиены, пигментация кожи в зоне воздействия 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.**

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 предупрежден(а), что через 5-7 дней после процедуры необходимо подойти на консультацию к специалисту, проводившему процедуру. В случае неявки на консультацию, Центр не несет материальную и юридическую ответственность за полученный результат.

**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.**

**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, предоставленных мной врачу. **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.**

#### ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ



Наименование пирсинга \_\_\_\_\_

Зона проведения \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г