

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 ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА

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, дата рождения пациента)

даю свое согласие на проведение процедуры поверхностного/ поверхностно-срединного/ срединного химического пилинга. Химический пилинг представляет собой процедуру нанесения химических веществ на кожу, которые, проникая в верхние слои эпидермиса, вызывают ослабление связей между клетками, вызывая тем самым активное отшелушивание и усиление восстановительных процессов, в результате чего происходит обновление клеток эпидермиса и стимуляция образования нового коллагена. При помощи химического пилинга проводится коррекция рубцовых изменений, постакне, застойных пятен, улучшение текстуры кожи, выравнивание рельефа, осветление пигментных пятен, уменьшение глубины морщин, удаление отдельного вида кератом. Лечение методом химического пилинга выполняется без применения местной анестезии, длится в среднем от 15 до 30 минут в зависимости от площади воздействия и проводится 1 раз в 1-4 недели, на курс от 3 до 5 процедур. 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 необходимо несколько процедур. Окончательный результат можно наблюдать через 1-2 месяца после окончания курса процедур. Длительность восстановления после процедуры зависит от регенеративных особенностей организма и от соблюдения режима постпилинговой реабилитации.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; системные, онкологические и другие тяжелые хронические заболевания, воспалительный процесс и нарушение пигментации в зоне воздействия; обострение угревой болезни; прием больших доз витамина А (изотретиноина, ретинола) на момент проведения процедуры и в течение 4-х последних месяцев; проведение глубоких шлифовок кожи в месте планируемой процедуры за последние 3 месяца, склонность к образованию патологических рубцов (келоиды, атрофические рубцы); лучевая терапия в анамнезе; кожные заболевания в стадии обострения; слишком загорелая кожа, автозагар (если прошло менее 1 месяца после загара); повышение температуры тела 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: отек, жжение, зуд или умеренная боль, ощущение стянутости кожи, которые могут сохраняться от 2 до 5 дней. В течение 7 суток после процедуры сохраняются покраснение, шелушение, корочки. В редких случаях, возможно изменение пигментации кожи - гипо/гиперпигментации.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: после процедуры не рекомендуется самопроизвольно трогать и/или удалять корочки (при их появлении), при наличии болевого синдрома может потребоваться. Применение анальгетиков или охлаждающих компрессов в первые 1-3 дня. Массаж, баню, сауну, физиотерапевтические и лазерные процедуры следует исключить на 1 месяц. В течение 2 месяцев после проведения пилингов необходимо защищать кожу от воздействия активной инсоляции, в т.ч. исключить посещение солярия и использовать фотозащитные кремы с фактором 50+. Для скорейшей реабилитации, следует пользоваться средствами, рекомендованными врачом.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру химического пилинга кожи.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры

химического пилинга, 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.

Ф.И.О. _____ пациента _____ Подпись _____

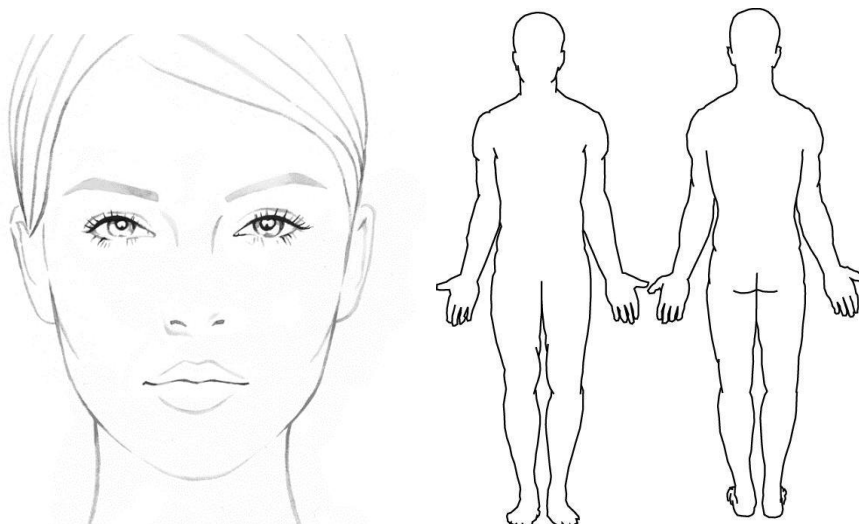
Ф.И.О. _____ врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ г

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона воздействия _____

Пилинг _____



Ф.И.О. _____ пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О.

врача

Подпись

Дата « _____ » _____ 20__ г.