

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 ПЛАЗМАЛИФТИНГА

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 и дата рождения пациента)

даю информированное добровольное согласие на выполнение мне процедур по методике PRP (введение собственной плазмы, обогащенной тромбоцитами). Врачом 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. **Я подтверждаю, что ознакомлен(-а) с характером предстоящей мне процедуры.** Я информирован(-а) 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. 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 информирован(-а) о том, что для достижения максимально желаемого результата от процедуры в соответствии с медицинскими показаниями может возникнуть необходимость проведения курса процедур.

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. 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 введение собственной плазмы может включать: гематомы разной степени выраженности, умеренный отек, гиперемию и болезненность в области инъекции в течение 24-72 часов; возможна индивидуальная гиперчувствительность на введенный материал; периодические рецидивирующие покраснения, отеки над и вокруг места введения, которые провоцируются менструацией, пребыванием на солнце, переохлаждением или приемом некоторых лекарственных препаратов. **Я осознаю, что 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.** 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, 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 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.

Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) врачу, 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:** беременность, кормление грудью, эпилепсия, псориаз в стадии обострения, атопический дерматит, различные инфекции в стадии обострения. Частные противопоказания обсуждаются с врачом на основании данных, указанных мной.

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, 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. **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 _____

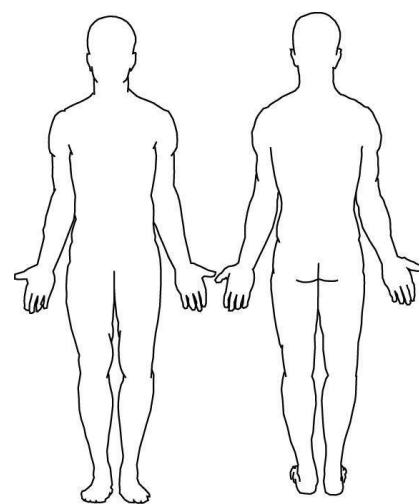
Дата « _____ » _____ 20__ г

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона воздействия:

Анестезия:

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ



Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.