

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-77-01-013077 от 12.09.2016

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение процедуры контурной пластики с использованием внутридермального имплантата на основе гиалуроновой кислоты

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 контурной пластики с использованием внутридермального имплантата на основе гиалуроновой кислоты врачом.

Внутридермальный имплантат на основе гиалуроновой кислоты представляет собой стерильный, биологически разлагаемый гель, состоящий из стабилизированной гиалуроновой кислоты неживотного происхождения, предназначенный для введения в глубокие слои мягких тканей лица и тела для коррекции морщин различной степени выраженности и глубоких складок, восстановления объема щек, изменения формы губ, скул и подбородка, коррекции спинки носа, улучшения овала лица, коррекции носогубных и губоподбородочных складок, омоложения кистей рук, армирования мягких тканей лица.

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. Коррекция одной зоны проводится не ранее, чем через 7-14 дней, повторная процедура проводится через 1 месяц. Продолжительность результата — от 12 до 24 месяцев в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или прием препаратов, снижающих свертываемость крови (гепарин, аспирин и др.); 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; аллергические реакции на используемые препараты.

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, покраснение, болезненность, гематомы (синяки), неравномерное уплотнение мягких тканей в области инъекции. Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 3—5 суток. Уплотнения в зоне введения препарата и гематомы рассасываются через 7-10 дней. Также после контурной пластики могут возникать осложнения – сильная боль, гранулемы и фиброзные капсулы, аллергические реакции, миграция геля или его выпячивание, сдавливание сосудов. В этом случае необходимо срочно связаться со своим лечащим врачом.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: в первые 24 часа после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции, рекомендуется прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 мин., наносить наружно мазь «Траумель С». Следует отказаться от алкоголя на 1 неделю. Массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий) рекомендуется исключить на 1 месяц.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру контурной пластики с использованием внутридермального имплантата на основе гиалуроновой кислоты. **Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель,** ход процедуры контурной пластики, 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 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 _____

ФИО Врача _____ Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

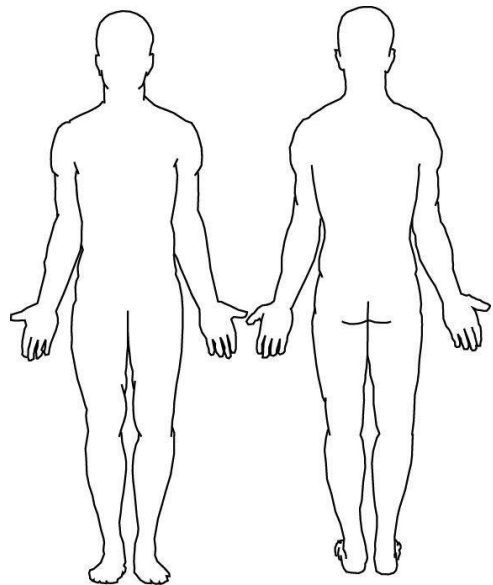
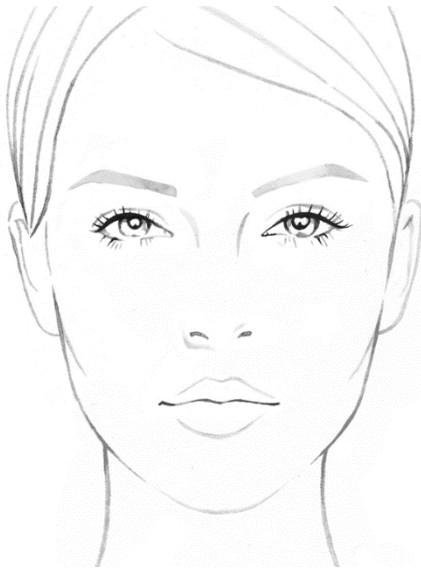
Зона коррекции _____

Анестезия _____

Препарат _____

Стикер _____

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ФИО Пациента _____ Подпись _____

ФИО Врача _____ Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__