

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 УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЛИФТИНГА НА АППАРАТЕ «LIFTERA»

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)

настоящим подтверждаю и даю согласие на проведение мне косметологической процедуры ультразвукового лифтинга (метод HI-FU в косметологии) на аппарате Liftera (далее - косметологическая процедура/процедура). Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19,20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ

Система HI-FU – высокоинтенсивный фокусированный ультразвук. При воздействии множественных ультразвуковых импульсов высокой частоты в фокусе воздействия образуется тепловая энергия, которая вызывает коагуляцию ткани на уровне SMAS - поверхностной мышечно-апоневротической системы, что вызывает ее сжатие, лифтинг и подтяжку контуров лица. Процесс ремоделирования SMAS занимает несколько месяцев, поэтому эффект лифтинга нарастает через 1-3 месяца. Процедуры глубокого ультразвукового лифтинга проводятся 1 раз в 2-6-12 месяцев. Рекомендованный курс -3 процедуры. При значительных излишках кожи, при «толстой» коже (например, у мужчин) может потребоваться 2-3 сеанса с акцентом на «проблемной зоне» Промежутки между процедурами составляют 2-6 месяцев. При ранее проведенных хирургических (пластическая хирургия) и агрессивных косметологических вмешательствах, особенно в случае затяжной реабилитации, многочисленных повторных коррекций, результат процедуры может быть малозаметным или эстетически не значимым в связи с имеющимися ранее фиброзными изменениями SMAS. Первый эффект появляется через 4-6 недель после первой процедуры и усиливается в течении 3-х месяцев. Проведение процедуры не зависит от периода солнечной активности, однако при явлениях фотостарения, пигментных пятен и смуглой кожи рекомендуется использовать солнцезащитный крем.

Процедуры глубокого ультразвукового лифтинга по системе HI-FU не являются заменой пластической операции фейслифтинга при ее явных показаниях.

Показаниями к проведению процедуры являются: возрастное снижение тонуса мягких тканей лица, шеи, декольте; возрастные изменения контуров лица (лифтинг кожи лица, дряблость и обвисание кожи в области шеи, декольте, лица); восстановление четкости овала лица и контура нижней челюсти; лифтинг зоны бровей.

Я предупрежден(а) о противопоказаниях к проведению процедуры: все заболевания в фазе обострения, особенно кожные и ЛОР – органов; отягощенный неврологический анамнез, невралгия, невриты, рассеянный склероз; острые инфекционные заболевания, в том числе кожные (герпес, микозы и др.); системные заболевания соединительной ткани; онкозаболевания; множественные (более 10) новообразования кожи в зоне воздействия; длительный прием антикоагулянтов (аспирин); склонность к келоидным рубцам; беременность и лактация; металлические пластины, находящиеся в области лица (состояние после травм лицевого скелета).

Врач разъяснил мне, что **во время процедуры** пациент ощущает покалывание и тепло от легкого до средне - интенсивного. Зоны мягких тканей, расположенных близко к костному остову более чувствительны. Сразу после процедуры цвет кожи неоднородный с элементами гиперемии и бледных участков (исчезает за 10 -30 минут). Ожидаемые побочные эффекты после процедуры: легкий отек 2- 4 суток, легкое чувство стянутости, около суток, умеренная болезненность мягких тканей лица 7- 10 дней. Я предупрежден(а) **о нежелательных явлениях**, при появлении которых я обязан(а) обратиться к лечащему врачу: герпес; линейные поверхностные изменения кожи и мягких тканей (из-за особенностей рельефа), которые проявляются в виде единичных эрозивных дефектов, подлежащих коррекции; транзиторная асимметрия участков лица; гранулематозное воспаление; гиперпигментация.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, такие как: умывание утром и вечером водой комнатной температуры с мягким моющим гелем; использование привычного ежедневного ухода за лицом (кремы для век, лица, шеи), если врачом не даны другие рекомендации; исключить баню, сауну и любые тепловые процедуры на 7-10 дней; в течении 2 недель не подвергать кожу солнечному воздействию, не посещать солярий; использовать солнцезащитный крем с SPF 30 и более. (Летом SPF -50)

Я подтверждаю, что цель, характер и способы проведения процедуры мне разъяснены. О возможных болевых ощущениях или других негативных реакциях при проведении манипуляции во время проведения процедуры и в период реабилитации после нее я предупрежден (а); я проинформирован(а) о риске возникновения побочных реакций, осложнениях и иных негативных последствиях в результате проведения процедуры. Вместе с тем, мне понятно, что их наступление возможно, но не обязательно, я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о: хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях, аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты; лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и /или косметологических учреждениях; лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, вредных привычках.

Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации по указанным вопросам в результате процедуры может наступить повреждение моего здоровья. Я информирован(а) об альтернативных видах косметологических услуг. Мне разъяснена необходимость выполнения назначений и рекомендаций врача в период подготовки к проведению процедуры, между отдельными процедурами, во время реабилитации после проведения процедуры. Мне понятно, что нарушение врачебных рекомендаций и назначений может стать причиной или способствовать развитию местных и/или общих осложнений, отрицательно отразится на общих результатах процедуры. В реабилитационный период после процедуры я обязуюсь информировать лечащего врача об изменении состояния здоровья, а также обстоятельствах, при которых эти изменения возникли.

С учетом всех сообщенных мне сведений я даю добровольное информированное согласие на проведение вышеуказанной 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.

ФИО пациента _____ (подпись) _____ дата ____ / ____ / ____

ФИО врача _____ (подпись) _____ дата ____ / ____ / ____

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона коррекции _____

Параметры насадки 4.5; 3.0; 1.5.

Всего _____ линий

ФИО пациента _____

Подпись _____

ФИО врача _____

Подпись _____



Дата ____ / ____ / ____