

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 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИДЕРМАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА NITHUA

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 коллагена конского 1 типа. Препарат Nithua — состоит из высококонцентрированного гетерологичного лошадиного коллагена. Коллаген является важным компонентом для восстановления клеток соединительной ткани. Современная технология обработки исходного материала в препарате Nithua обеспечивает высокую степень очистки от веществ, обладающих аллергенными свойствами и сохранение структуры коллагена, что позволяет увеличить период биодеградации. Препарат Nithua применяется для восстановительной терапии возрастных изменений, при коррекции атрофических рубцов на коже лица и тела. В результате терапии улучшается тургор и эластичность кожи, уменьшается глубина, и степень выраженности атрофических рубцов. 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 понадобиться несколько процедур. Коррекция одной зоны проводится не ранее, чем через 14 дней, курсовая терапия состоит из 3х процедур. 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; 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). Эти симптомы носят временный характер и исчезают через 3—5 суток.

Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом: в первые 24 часа после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции, наносить наружно мазь «Траумель С». Следует отказаться от алкоголя на 1 неделю. Массаж, физиотерапию, тепловые процедуры (баня, сауна, солярий) рекомендуется исключить на 2 недели. **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.

Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ г

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

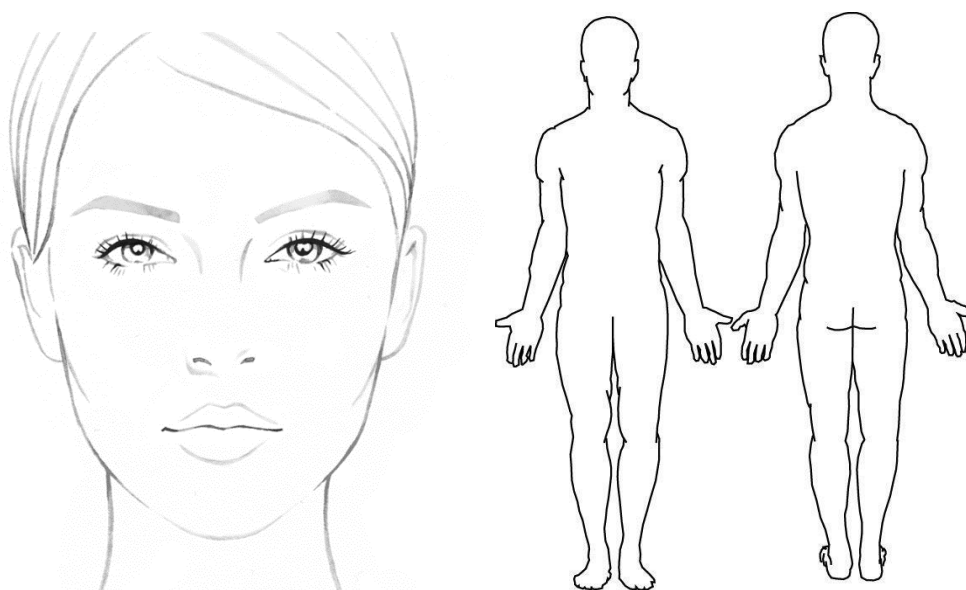
Зона коррекции _____

Анестезия _____

Препарат _____

Стикер

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20__ г