

# 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 ПО АРМИРОВАНИЮ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ТЕЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИТЕЙ

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 свое согласие на проведение процедуры по армированию мягких тканей лица и тела с использованием нитей АPTOS/мезонитей. **Процедура по армированию мягких тканей лица и тела с использованием нитей** — эстетическая хирургическая манипуляция, направленная на репозицию (возвращение на место) опустившихся под влиянием гравитационных и местных факторов мягких тканей лица и тела (кожи и подкожных слоев), а также коррекцию инволюционных и возрастных изменений кожи лица и тела. В зависимости от целей операции используются различные модификации рассасывающихся нитей. Техника операции заключается в введении и продвижении иглы с нитью под кожей, с приданием нужного контура мягким тканям. После извлечения иглы из-под кожи нить остается в расправленном состоянии. Процедура армирования мягких тканей лица и тела с использованием нитей дает возможность отложить на время классические эстетические операции, либо служит для поддержания результатов других операций. Длительность проведения одной процедуры составляет от 1 часа (зависит от количества зон). Предлагаемая методика выполняется по показаниям, которые формулируются врачом на основании субъективных пожеланий пациента и клинико-лабораторных методов обследования с учетом анатомических особенностей в каждом конкретном случае. Окончательный косметический эффект не может быть виден быстро. В зависимости от многих индивидуальных особенностей восстановление протекает с разной скоростью. Результат от процедуры стоит оценивать через месяц, с течением времени эффект усиливается к 3 месяцу, когда вокруг нитей будет сформирован каркас из соединительной ткани. Эстетический эффект сохраняется в зависимости от конституциональных особенностей, образа жизни, вредных привычек, возраста, стабильности веса и пр. Длительность восстановления после операции зависит от регенеративных способностей организма и развития осложнений в период восстановления. Приходящие, временные отклонения в период восстановления не являют собой ущерб здоровью, поскольку доступны последующей коррекции. При возникновении любых вопросов, связанных с течением послеоперационного периода, необходимо обратиться к врачу, проводившему процедуру.

**Я ознакомлен(а) с противопоказаниями:** возраст до 18 лет; период лактации; нарушения свертываемости крови в результате заболеваний или приема препаратов (гепарин, аспирин); сахарный диабет; аутоиммунные; онкологические и другие тяжелые хронические заболевания; острые воспалительные и обострение хронических заболеваний кожи в зоне введения; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; наличие небиodeградирующих инъекционных имплантов (силикон и аналоги) в зоне проведения процедуры; употребление алкогольных напитков накануне, повышение температуры тела накануне или в день процедуры. **Я подтверждаю, что врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья, а также отсутствию у меня противопоказаний к проведению данной процедуры.**

**Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что после процедуры могут возникнуть:** в первые 3-5 дней после процедуры болевые ощущения в области проколов; изменения чувствительности в области вмешательства могут сохраняться до 2-х недель; отек тканей и гематомы (синяки), обычно нарастают в первые 2-3 суток, затем уменьшаются, в течение 1-2 недель (до 1 мес.); воспалительные явления в месте введения нитей, кровотечение, тромбоз, тромбоз, тромбоз; при несоблюдении правил послеоперационного режима возможен срыв нитей и асимметрия лица; могут отмечаться втяжения и неровности морщинистость и складчатость перемещенной кожи, которая с течением времени расправляется самостоятельно; для профилактики вторичной инфекции возможен прием антибиотиков по назначению врача (5-7 дней), при первых проявлениях признаков воспаления необходимо незамедлительно обращаться к врачу, проводившему процедуру.

**Я обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом:** в первые 24 часа после процедуры запрещено трогать, разминать область имплантации нитей, пользоваться декоративной косметикой, 2-3 недели

воздерживаться от резких мимических и жевательных движений, массажа лица; не принимать горячие напитки и горячую пищу; в течение 3 дней обрабатывайте места проколов кожи антисептическими растворами; в течение месяца исключается посещение саун, бассейна, фитнеса, необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами, во избежание гиперпигментации на месте вколов; в течение недели рекомендуется воздержаться от перелетов; в течение 2-х недель спать только на спине. Следует отказаться от употребления алкоголя за 2 дня до и 2 недели после процедуры. После процедуры, в течение 48 часов на места имплантации нитей рекомендуется прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 минут, наносить мазь «Граумель С» или другие средства, назначенные врачом. Обязательно посещение врача для контрольного осмотра через 3-4 дня после процедуры, на 7-й и 14-й день после процедуры нитевого лифтинга. **Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель, ход процедуры по армированию мягких тканей лица и тела с использованием нитей, проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения, возможных рисках и нежелательных побочных 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.**

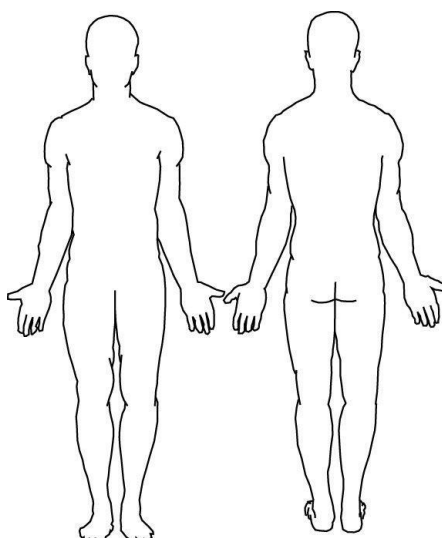
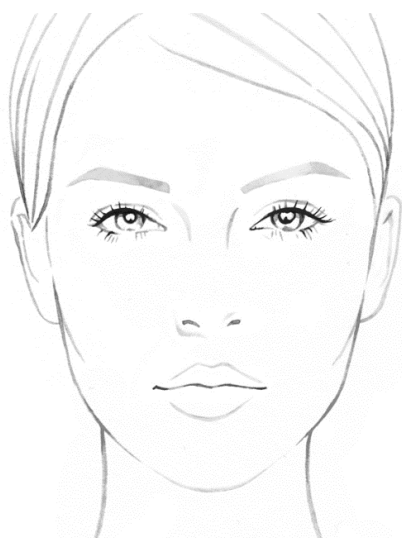
**Я даю согласие на ее проведение и обязуюсь следовать рекомендациям врача. Я даю согласие на осуществление фотосъемки до и после проведения процедуры, хранение клиникой моих фотографий и использование их исключительно в целях контроля качества оказанных медицинских услуг. Я подтверждаю, что второй экземпляр согласия выдан мне на руки.**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

#### ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ



Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г