

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 ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА «Сферогель»

Составлено и предлагается пациенту
в соответствии со статьей 20 ФЗ
от 21.11.2011 №323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации».

Я, _____,
даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата «Сферогель» врачом

Препарат Сферогель — это - уникальное средство, которое не является филлером, репаратом или ревитализантом, но является биорегенерантом, в основе которого лежит матриксная терапия. Внутриклеточный матрикс -это многокомпонентная система, которая поддерживает структурную целостность тканей. Именно посредством матрикса питательные вещества и кислород доставляются в ткани и органы, а также выводятся продукты жизнедеятельности клеток. Препарат СФЕРОгель воздействует на эти ткани, стимулируя процессы регенерации клеток, клетки же, в свою очередь, производят собственные внутриклеточной матрикс, который постепенно замещает введенный гель.

Препарат СФЕРОгель состоит из следующих компонентов внеклеточного матрикса:

Пептиды частично гидролизованного коллагена в сферах.

Фрагментированные структурные белки: гликопротеины - двухкомпонентные белки и протеогликаны - высокомолекулярные соединения, состоящие из белка с высокой степенью гликозилирования, Глюкуроновые, уроновые, сиаловые кислоты, Моносахариды, Гепарин, Аминокислоты.

Данный препарат содержит животные компоненты, получаемые из куриных склер, за счет чего СФЕРОгель обладает животным коллагеном IV типа, являясь абсолютно безопасным и не вызывает аллергических реакций.

Показания к проведению биоревитализации СФЕРОгель:

Опущение уголков губ, век, устранениептоза щек (брыли), Устранение морщин, Лечение сухости кожи, Устранение купероза, Гиперпигментация, Удаление рубцов и шрамов, Применяется при возрастных изменениях кожи, в том числе появлении темных кругов под глазами, Восстановление эластичности и упругости кожи, Применяется для удаления растяжек.

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 потребоваться несколько процедур, продолжительность результата — от 6 до 12 месяцев.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями: возраст до 18 лет; беременность; период лактации, Аутоиммунные заболевания, такие как сахарный диабет, рассеянный склероз, склеродермия и пр., Онкологические заболевания, Ревматоидный артрит, Непереносимость куриного белка, Киста Бейкера, Наличие открытых ран, ссадин и кожных инфекций, Хронические заболевания в стадии обострения, повышение температуры накануне или в день процедуры. **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: покраснение, отечность, повышенная чувствительность кожи или болезненность в месте инъекции, кровоизлияния, гематомы. Данные явления носят временный характер и регрессируют в течение 5-7 дней. **Я обязуюсь выполнять рекомендации**, данные мне врачом: в первые 6 часов после процедуры необходимо избегать контакта кожи в области инъекции с водой и декоративной косметикой, в течение первых суток после процедуры запрещено трогать, разминать область коррекции, рекомендуется прикладывать холод 3-4 раза в сутки на 15 минут,

наносить наружно мазь «Траумель С». Следует отказаться от алкоголя на 1 неделю. Массаж, физиотерапию,

тепловые процедуры (баня, сауна, солярий) исключить на 1 месяц. Прием иммуностимулирующих препаратов в течение 1 месяца запрещен. Для ускорения реабилитационного периода, необходимо использовать кремы и мази, рекомендованные врачом.

Я подтверждаю, что лечащий врач объяснил мне, что существуют альтернативные возможности коррекции, но я предпочитаю им процедуру введения препарата «».

Я подтверждаю, что мой лечащий врач на доступном для меня языке объяснил цель Сферогель, ход процедуры введения препарата «Сферогель», 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 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 клиником 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 _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Зона коррекции _____

Препарат _____

Анестезия _____

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА



Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____