

ООО «СКИН ФАБРИКА»

**Информированное добровольное согласие пациента на
внутрикожное введение лекарственных средств
(биоревитализация/мезотерапия)**

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **каждый раз при посещении врача и при изменении плана лечения**

Я, пациент, _____
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

ДАННАЯ ГРАФА ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ ДАЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ в отношении:

- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)

Я, _____ (ФИО), действующий (ая) от имени
_____ (ФИО ребенка, иного представляемого лица),
_____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" проинформирован(а) о целях, методике, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, особенностях и ожидаемом результате косметологических услуг **по инъекционному введению активных веществ для омоложения кожи препаратом**

и даю согласие на проведение её медицинским работником (работниками):

(должность, Ф.И.О. медицинского работника (работников))

в области _____,
которое будет выполняться в Обществе с ограниченной ответственностью "СКИН ФАБРИКА" (Сокращённое наименование – ООО "СКИН ФАБРИКА"; Адрес места нахождения – 153002, Россия, Ивановская область, г. Иваново, ул. Калинина, д. 9/21, офис 115, помещения 1, 2, 4, 4а, 5, 6, 9. ; ОГРН: 1223700001250; ИНН: 3702266504); имеющим бессрочную лицензию на осуществление медицинской деятельности от 16 января 2025 г. № Л041-01139-37/01712914 Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Ивановской области. В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом.

Мне сообщена, разъяснена специалистом ООО «СКИН ФАБРИКА» и понятна информация о **цели** процедуры биоревитализации: увлажнение кожи.

Проблемы, которые решает эта процедура, связаны с обезвоживанием кожи: Устранение сухости кожи, шелушений. Восстановление структуры кожи и её тургора, то есть эластичности, за счет стимуляции выработки коллагена и эластина. Улучшение цвета лица. Выравнивание текстуры кожи. Небольшое наполнение мелких морщин, если причина их возникновения в обезвоженности.

Описание процедуры:

Процедура проводится амбулаторно, с использованием местной анестезии обезболивающим кремом в течение 20-30 минут.

Препарат на основе гиалуроновой кислоты обеспечивает длительный, но не постоянный эффект.

Основной курс состоит из 3-10 процедур с интервалом 10-21 день. Поддерживающий курс 1 процедура препарата с интервалом 2 месяца после основного курса. Повторение основного курса рекомендуется через 6 месяцев.

После процедуры необходимо планировать свою деятельность с учетом возможных видимых следов от уколов, небольшой отечности, покраснения на лице, микрогематом, болезненности, которые проходят полностью в течение нескольких дней.

Показания: сухость, обезвоженность кожи; мелкие морщинки; восстановление водного баланса дермы; повышение тургора и эластичности кожи; коррекция микрорельефа кожи; реабилитация после шлифовок; «темные круги» под глазами; коррекция объемов жировой ткани в области лица и шеи.

Противопоказаниями к инъекции препарата на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения являются: нарушение свертываемости крови; острые воспалительные процессы в предполагаемых местах инъекций; аутоиммунные и системные заболевания соединительной ткани в стадии обострения; обострения хронических заболеваний; ОРЗ; герпес; наличие геля длительного действия; состояние иммунодефицита; онкологические заболевания; одновременно с лазерной терапией, пилингом и дермабразией; прием антикоагулянтов; возраст до 18 лет; беременность и лактация; множественные невусы; анафилактический шок и полиаллергия в анамнезе; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; инфекционные заболевания ЛОР-органов в стадии обострения; стрептококковая инфекция в анамнезе(повторные ангины, острый ревматизм);кожные заболевания, сопровождающиеся симптомом Кебнера.

Ожидаемый результат:

- Увлажнение кожи;
- Восстановление структуры кожи;
- Стимуляция фибробластов (коллагеновых и эластиновых волокон, отвечающих за упругость кожи и красивый овал лица);

ПАЦИЕНТ: _____ **В**
подпись

- Улучшение цвета кожи;
- Выравнивание рельефа кожи;
- Устранение морщин и дряблости кожи;
- Уменьшение интенсивности гиперпигментации кожи;
- Уменьшение объема жировой ткани в области лица и шеи.

Срок эффективного действия препарата составляет до 4 месяцев, после чего возможна повторная инъекция. Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции. Оценка результата возможна по окончании рекомендованного курса процедур.

Уход после проведения процедуры:

Я осведомлен(а), что процедура проводится в амбулаторных условиях и требует последующего самостоятельного ухода за кожей в домашних условиях, поэтому я обязуюсь после проведения процедуры:

- Избегать воздействия высокой температуры на область инъекций в течение 7 дней (сауна, баня, солярий);
- Использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения гиперпигментации; исключить прием алкоголя за 2 дня до и 2 дня после проведения процедуры;
- Применение физиотерапевтических методов лечения (массаж, микротоки, фонофорез и др.) может привести к ускоренной биодеградации препарата;
- Не использовать макияж в течение 12 часов после процедуры;
- Не посещать спорт/бассейн в течение 48 часов после процедуры;
- Обрабатывать антисептическим средством 2-3 раза в день в течение 48 часов после процедуры (хлоргексидин, мирамистин).

Я сообщил(а) специалисту 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 препаратов, принимаемых в настоящее время;
- вредных привычках.

Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия могут сохраняться после процедуры.

Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям специалиста, этапам процедуры и срокам, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного оказания медицинских услуг.

Я предупрежден (-а), что в случае возникновения какого-либо осложнения или в случае ухудшения состояния здоровья после процедуры, мне следует немедленно обратиться к врачу. Мне понятно, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности реакций свыше указанных, мне следует немедленно сообщить об этом администратору или врачу ООО "СКИН ФАБРИКА" по телефону: +7 (992) 109-90-11.

Мне ясно, что хотя предложенные косметологические услуги направлены на получение ожидаемого мной косметического результата, косметологические услуги являются вмешательством в биологический организм, и как любое медицинское вмешательство не могут иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов косметологической услуги. Я соглашаюсь с тем, что установление определенных гарантийных сроков и сроков службы на данный вид услуг невозможно, поэтому соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срок службы, равного одной неделе после последней процедуры.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у специалиста и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному со специалистом и записанному в медицинской карте).

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился(лась) с планом лечения, принял(а) решение осуществить медицинское вмешательство на вышеуказанных условиях и доверяю специалисту принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною в 2-х экземплярах. Я подтверждаю, что экземпляр информированного добровольного согласия, а также рекомендации (назначения) врача, мною получены.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я согласен(а) на проведение видеозаписи и контрольных фотографий до, во время и после проводимого медицинского вмешательства для сравнительной оценки результатов, необходимых в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Мне гарантируют, что мои фотографии не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиникой вне моей медицинской документации.

Пациент согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, моделей, отзывов, мнения и т.д., для тиражирования, изучения другими специалистами, для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на врачебных собраниях и т.д., при условии: анонимности/указания Ф.И.О., другое _____.

Я согласен(а) на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, у меня отсутствуют иные вопросы вследствие полного осознания существа оказываемой косметологической услуги, о чем расписываюсь собственноручно. Мною добровольно, осознанно и свободно дано настоящее согласие на вмешательство.

Подпись пациента: _____ V / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел: _____ / _____
(подпись специалиста) (Фамилия ИО)

Дата «__» ____ 20__ г.

СЕРИЯ И НОМЕР ПРЕПАРАТА:

ПАЦИЕНТ: _____ V
подпись