

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на процедуру «Фототерапии кожи при акне»

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)
«_____» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на процедуру фототерапии кожи при акне модулем IPL аппарата лазерного терапевтического М22
мне /лицу, законным представителем которого я являюсь:

(ФИО полностью, дата рождения),
в области: _____ (нужную область указать)
в Обществе с ограниченной ответственностью «ААА».
Врачом-косметологом _____
(Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, все связанные с ними риски, возможные варианты альтернативных медицинских вмешательств, последствия медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития возможных осложнений, а также предполагаемые результаты медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данной медицинской услуги. Мне разъяснено и понятно, что фототерапия акне курсовая и для достижения результата необходимо _____.
Мне разъяснено и понятно, что фототерапия акне не может быть не достигнут планируемый результат.

Мне разъяснено и понятно, что акне (acne vulgaris) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми _____, узлов. Мне разъяснено и понятно, что акне рецидивирующее заболевание.

Мне разъяснено и понятно, что фототерапия является дополнительным методом лечения, не может расцениваться в качестве монотерапии данного заболевания.

Мне разъяснено и понятно, что процедура фототерапии акне направлена на уменьшение проявлений акне, но не устраняет причину заболевания. Длительность сохранения результата процедуры точно установить невозможно, поскольку акне – это _____ тип секреции сальных желез.
Лечение акне проводится в зависимости от степени тяжести заболевания и включает системную и наружную терапию. Фототерапия акне это наружная локальная терапия.

Суть метода: рукоятка IPL аппарата М22 генерирует длины волн в диапазоне 400 до 1200nm _____, ультрафиолетового фильтра. Данные длины волн-спектра находятся на границе Р. Яблока в пропорции сальных желез. Фотодинамическая реакция между светом, длинной волн в спектре, которые находятся на частично-блокируемых волнах (перпендикулярных к поверхности), приводит к активации и переключению фотосистемы блокирующей свободные радикалы (фотонадежда). В такой среде свободные радикалы Р. Яблока уничтожаются, что приводит к уменьшению выработки блокирующей производственной процесса внутри сальных желез. Тонкие рукоятки направляют пучок на блокирующие, но не затрагивающие окружающие ткани. Во время процедуры используется контактное охлаждение кожи с целью уменьшения болевых и иных ощущений, которые характерны для данного метода. Во время процедуры область глаз будет защищена специальными очками, для предупреждения повреждения структур глаза. Запрещается во время процедуры без разрешения врача снимать защитные очки, поскольку это может привести к причинению вреда здоровью, нарушениям зрения, в крайнем случае к слепоте.

Процедура фототерапии – это терапия с относительно низким уровнем риска, которая может обеспечивать постепенное и относительно безопасное улучшение состояния пациентов с активными папулезными-папулопустульными угреми. Клинические улучшения, _____.
Пациенты в большинстве случаев могут заметить сокращение угревых поражений спустя две недели или четыре процедуры, однако существуют пациенты, реакция у которых может проявляться быстрее или медленнее, чем в среднем.

Мне разъяснены и понятны возможные нежелательные явления / осложнения: дискомфорт во время процедуры, боль, болезненность при касании, покраснение кожи _____, зуд, кровоизлияние (екзофите), припухлость лица, покраснение и отек тканей (гиперемия, отек), покраснение, покалывание, покалывание, покалывание (гипер- и гипопигментация), обострение рубцов, крапивница, недостижение результата. В ряде случаев фототерапия акне бывает не эффективна.

Мне разъяснены и понятны сроки продолжительности эффекта, необходимость соблюдения рекомендаций. В зависимости от гормонального статуса, индивидуальных особенностей, исходного состояния кожи, особенностей метаболизма тканей, _____ в состоянии абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Врач не гарантировал мне этого на 100%. Мне разъяснено, что в процессе восстановления проявляются побочные явления, связанные с процедурой, кроме согласованных с врачом.

Я планирую дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснения, отечность, боль, а также индивидуальных реакций).

Мне представлена возможность задавать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения,

Мы предупреждаем вас, что недостаток резистентной антибиотиками бактерии может привести к развитию побочных явлений, способствовать развитию лекарственной зависимости и общих осложнений и стать их причиной. Это может ухудшить результаты и потребовать дополнительного лечения.

Лечасиим врачом мне были разъяснены противопоказания к процедуре, подписаныем настоящего документа, я подтверждаю отсутствие у меня данных противопоказаний:

Местные: обезвоженная и тонкая кожа, острые или обострение хронических заболеваний кожи, герпес, неинфекционные заболевания кожи в местах воздействия (псориаз, экзема, язвы, сыпь любого вида, др. дерматозы), предрасположенность к образованию келоидных, гипертрофических рубцов, неполное восстановление кожи после дермабразий, химических пилингов, лазерных шлифовок, воздействия токами ультравысокой частоты, наличие в местах воздействия ~~расставляемых~~ (в том числе на основе гиалиуроновой кислоты), ее расставляемых или подобных им веществ, пигментации, фиброза, фиброзных тканей и тканей, подвергнутых воздействию грибков, вирусов, бактерий, включая злокачественные опухолевые клетки и конъюнктивы глаза, процедуры ~~расставляемые~~ в том числе на основе, содержащие включенные в кожу, татуировку, перманентный макияж, в том числе процедуры BB Glow, в течение последних 4 недель, терапия поверх татуировок или перманентного макияжа, невусов; инъекции ботулотоксинов типа А гемагглютинин комплекса в течение последних 5-7 дней.

Незамедлительно следует обратиться к врачу, если: болезненность после процедуры сохраняется или нарастает в течение суток и более; гиперемия, боль, отек и/или изменение окраски кожи развиваются спустя 1-2 и более суток после процедуры или сохраняются спустя 5-7 дней. В течение двенадцати часов после процедуры нельзя накладывать макияж, а в течение двух недель — процедуры — избегать любых ярких светильников, включая лампы для сушки ногтей, солнечного света и ультрафиолетового облучения (избегать), проводить физиотерапевтическое лечение на область проведения, избегать использования солнцезащитных кремов с SPF 15-фактором и выше. Кроме того, избегать любых ярких яркостей, процедур и любых манипуляций с ними. В течение недели после процедуры нельзя прикасаться к областям воздействия, тереть их, подвергать их травматизации, в том числе воздействию высокой и низкой температур (делать горячие компрессы, прикладывать лед и пр.). 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, до момента полного заживления кожи соблюдать рекомендации лечащего врача, в течение 1 месяца избегать любых ярких яркостей, процедур и любых манипуляций с ними, а также избегать использования солнцезащитных кремов с SPF 15-фактором и выше.

Я согласна (ен) / не согласна (ен) на фотографирование области воздействия до оказания медицинской услуги и после с целью контроля качества и безопасности медицинских услуг. Фотографии являются частью медицинской документации. Фотографии необходимы для оценки достижения эстетического результата или предполагаемого эффекта от медицинской услуги; не [REDACTED] третьим лицам, кроме случаев, прямо установленных законодательством Российской Федерации. Мне разъяснено и понятно, что в случае отказа от фотофиксации объективная оценка достижения или недостижения запланированного результата невозможна.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

«___» ____ 20__г
Подпись и ФИО Пациента (его законного представителя) _____ / _____ /
Врач косметолог _____ / _____ /