

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на «Внутрикожное введение имплантата внутридермального на основе коллагена Collost micro»

Я, _____
(ФИО полностью)

дата рождения « ____ » _____ г, зарегистрирован/а по адресу _____
_____ в рамках договора платных медицинских услуг даю информированное добровольное согласие на **внутрикожное введение имплантата внутридермального на основе коллагена Collost micro** области (ей): _____ (нужную область указать)

с целью коррекции:

- возрастных и эстетических инволютивных изменений кожи области _____, а именно дряблости, истончения, снижения эластичности кожи.**
- инволютивных изменений кожи области _____, а именно гипотрофических рубцовых деформаций / атрофических рубцовых деформаций / стрий**
- 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.

Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели внутрикожного введения имплантата внутридермального на основе коллагена Коллост микро. Мне разъяснено и понятно, что эффект от введения КОЛЛОСТ временный, возможно проведение нескольких процедур для достижения эффекта. ~~Длительность поддержания эффекта в том же и продолжительность действия после одноразовой инъекции составляет в большинстве случаев не-утвержденно-продолжительна на много 30 суток, зависит от индивидуальных факторов: состояние сосудов, той процедуры, введения и не гарантирует в большинстве случаев 90 суток. Мне разъяснены и понятны сроки продолжительности эффекта введения имплантата, необходимость соблюдения рекомендаций. Мое внимание обращено на то, что в случае коррекции морщин после процедуры морщины на коже полностью не исчезают, а становятся менее заметными. В зависимости от места инъекции, типа кожи, её исходного состояния, особенностей метаболизма тканей, двигательной активности области введения, техники введения длительность эффекта может отличаться от заявленной производителем в ту или иную сторону. Иногда возможно повторить процедуру для коррекции. Я понимаю, что введение на любой период и даже длительный срок не в состоянии абсолютно точно гарантировать получение какой-либо результата. Врач не гарантировал мне этого на 100%. Мне разъяснено, что в течение месяца после процедуры запрещены косметологические манипуляции на область введения имплантата, если иное не установлено лечащим врачом, в последствие - по согласованию с лечащим врачом.~~

При введении КОЛЛОСТ Микро продуцируются новые коллагеновые волокна, имплант постепенно рассасывается, замещаясь собственными тканями. Мне разъяснено и понятно, что эстетические представления пациента о себе, людей, в том числе врача, о внешности пациента могут отличаться.

Мне разъяснены и понятны возможные нежелательные явления / осложнения введения КОЛЛОСТ Микро: отек, боль, болезненность области введения, покраснение кожи (гиперемия), образование корки желтой окраски, инфицирование-инфекция, зуд, сыпь, фиброз, тромбоз, гематома, повреждение мелких сосудов, повреждение крупных сосудов, повреждение нервных чувствительности, повреждение внутренних или внешних в том числе нервных, двигательных единиц. Возможны травмы.

Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснения, отечность, образования кровоподтеков (синяков), а также индивидуальных реакций на введение КОЛЛОСТ Микро).

Настоящим я подтверждаю / отрицаю, что ранее мне вводилось изделие на основе коллагена.

В случае, если ранее вводилось изделие на основе коллагена, была ли реакция гиперчувствительности (аллергическая реакция) на изделие на основе Коллагена.

ДА

НЕТ

Я предупредил (а) врача обо всех косметологических процедурах, пластических операциях, медицинских вмешательствах на лице, а именно: _____

_____ за последний год, а также обо всех тканевых искусственных имплантатах, когда-либо вводимых мне в кожу, а именно _____

Мне предоставлена возможность задавать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с оказанием медицинской услуги.

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

Мне полностью ясно, что нарушение рекомендаций врача, а также не явка в назначенное врачом время, могут способствовать развитию местных и общих осложнений и стать их причиной. Это может ухудшить результаты и потребовать дополнительного лечения.

Я согласна (ен) / не согласна (ен) на фотографирование лица до оказания медицинской услуги и после с целью контроля качества и безопасности медицинских услуг. Фотографии являются частью медицинской документации. Фотографии необходимы для оценки достигнутого результата или предоставления информации о медицинской услуге, но будут использованы для иных целей кроме контроля качества и безопасности медицинских услуг, а также не будут переданы третьим лицам, кроме случаев, прямо установленных законодательством Российской Федерации. Мне разъяснено и понятно, что в случае отказа от фотофиксации состояния до контурной пластики и после нее, объективная оценка эстетического результата может быть затруднена либо невозможна.

Лечащим врачом мне были разъяснены противопоказания к введению искусственного имплантата:

Общие: наличие известной гиперчувствительности к компонентам изделия, наличие положительной реакции в аллергологическом кожном тесте на изделие, при проведении гидратации аутологичной плазмой, полученной в стерильной пробирке; наличие гиперчувствительности к цитрату натрия, склонность к развитию гипертрофических и келоидных рубцов, тяжелая аллергия, либо инфантилизм в анамнезе, беременность и лактация, аутоиммунные заболевания, порфирия, лейкофациальное состояние, истинная инфантильная тахикардия, и врожденная инфантильная тахикардия, обостренная хроническая тахикардия и тахикардия синусовидного тахикардиями в стадии декомпенсации, воспалительные заболевания, интоксикация, нарушение остроты зрения, грибок ногтей, интоксикация и инволюция, иммунодепрессивные препараты, гормональные противозачаточные препараты, для наружного применения, препараты от акне (Акнекутан, Роаккутан и т.д.), в том числе для местного применения, ферментные препараты, онкологические заболевания, химиотерапия, сахарный диабет, возраст моложе 18 лет.

Местные: острые или обострение хронических заболеваний кожи, герпес, неинфекционные заболевания кожи в местах предполагаемых инъекций (дерматозы) в стадии обострения, наличие в местах предполагаемых инъекций не рассасывающихся или комбинированных имплантатов.

Подписанием настоящего документа я подтверждаю отсутствие данных противопоказаний.

Мне разъяснено лечащим врачом и понятно следующее: во время и после проведения процедуры в течение 24-48 часов возможны болевые ощущения, которые зависят от индивидуальных особенностей и наиболее выражены в случае отказа пациента от аппликационной анестезии. Во время проведения процедуры на область воздействия в области инъекции, которые подлежат коррекции, после проведения процедуры возможны покраснение, отек, покраснение, болезненность и зуд в области воздействия, возможные отеки и развитие воспалительных заболеваний при попадании инфекции, развитие аллергических реакций.

Незамедлительно следует обратиться к врачу, если: болезненность после процедуры в области 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 касаться кожей, а в течение двух недель после процедуры – пощипывать кожу или бить, а также подвергаться воздействию ультрафиолетового света и ультрафиолетовому облучению, проводить фотолечение, использовать косметические средства. Кроме того, следует избегать давления на не ухваченные кожей лица, в которых были сделаны инъекции, и любых манипуляций с ними. В течение недели после процедуры нельзя прикасаться к области инъекций руками, тереть области инъекций, подвергать их травматизации, в том числе воздействию высокой и низкой температур (делать горячие компрессы, прикладывать лед и пр.).

Возможна индивидуальная гиперчувствительность на введенный материал – периодические рецидивирующие покраснения, отеки над и вокруг места введения, которые провоцируются менструацией, пребыванием на солнце, переохлаждением или приемом некоторых лекарственных препаратов.

Мне разъяснено и понятно, что в случае отказа от проведения кожного теста на гиперчувствительность при использовании данного препарата, имеются высокие риски возникновения кожной аллергической реакции.

Прочитано мной лично, мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы по планируемой процедуре, я получил/а на них ответы. Смысл всех медицинских терминов мне разъяснен и понятен.

С инструкцией к КОСМЕТОЛОГ Мазурова Светлана Владимировна.

Я ознакомлен/а с представленной информацией и даю согласие на процедуру.

« ___ » _____ 20__ г

Подпись и ФИО Пациента _____ / _____ /

Врач-косметолог _____ / _____ /