

«БЕЗОПЕРАЦИОННАЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКА» №9
(Коррекция кожи верхних и/или нижних век без хирургического вмешательства)

Медицинская организация: ООО «СК ЛУЧ»

Медицинская косметология «Лайтрум»

ИНН: 5047176400/ОГРН: 1155047012922

Адрес: 141407, Московская область,
г. Химки, ул. Молодёжная, д. 5

Телефон: +7 (991) 882-58-32

E-mail: Laitrumcosmetolg@yandex.ru

Пациент: Ф.И.О. _____

Дата рождения: «__» _____ г. Возраст: _____ лет

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан): _____

Адрес регистрации/проживания: _____

Телефон: _____ Дата заполнения: «__» _____ г.

Мне разъяснено, что безоперационная блефаропластика – это аппаратная косметологическая процедура, направленная на улучшение состояния кожи верхних и/или нижних век и периорбитальной области без хирургического вмешательства.

В зависимости от выбранной методики процедура может осуществляться с использованием:

- Плазменного аппарата (формирование контролируемых микроочагов воздействия на поверхности кожи), и/или
- Радиочастотного (RF), ультразвукового или другого сертифицированного аппарата, создающего контролируемый термический/энергетический эффект в коже.

Цель процедуры:

- Уменьшение избытка и дряблости кожи век (лёгкая–умеренная степень);
- Уменьшение выраженности мелких морщин вокруг глаз («гусиные лапки»);
- Улучшение тургора и плотности кожи периорбитальной зоны;
- Визуальное «освежение» и приподнятый вид области глаз.

Процедура проводится не вместо пластической операции, а как альтернатива или дополнение при определённых показаниях, с более мягким эффектом по сравнению с хирургической блефаропластикой.

2. Цели проведения процедуры в моём случае

Цель проведения безоперационной блефаропластики: «уменьшение избытка кожи верхних век», «коррекция морщин нижних век», «улучшение качества кожи вокруг глаз» и т.п.)

3. Показания

Мне разъяснено, что показаниями к безоперационной блефаропластике могут быть:

- Лёгкий или умеренный избыток кожи верхних и/или нижних век (дерматохалазис);
- Сниженный тонус и дряблость кожи век;
- Мелкоморщинистые изменения в периорбитальной области;
- «Усталый» вид глаз, невыраженный нависший край века;
- Профилактика возрастных изменений в зоне век.

Окончательное решение о наличии показаний и выборе методики принимает врач-косметолог после осмотра и оценки состояния кожи, а также с учётом моих ожиданий.

4. Противопоказания

Мне разъяснено, что процедура не проводится при:

- Острых инфекционных и воспалительных заболеваний, повышенной температуре тела;
- Воспалительных, гнойных, герпетических и других активных поражений кожи век;
- Недавно перенесённых травмах, ожогах, свежих рубцах в зоне воздействия;
- Выраженных заболеваниях глаз (острые воспаления, тяжёлая сухость глаз, декомпенсированная глаукома и др. – по заключению офтальмолога);
- Злокачественных новообразований любой локализации;
- Тяжёлых заболеваниях крови, нарушениях свёртываемости;
- Аутоиммунных заболеваниях (по решению врача);

- Декомпенсированном сахарном диабете;
- Беременности и кормлении грудью (по решению врача, как правило, противопоказано);
- Психических заболеваниях с нарушением критики и сотрудничества;
- Индивидуальной непереносимости аппаратных/термических воздействий, анестетиков.

Я предупреждён(а) о необходимости заранее сообщить врачу обо всех хронических заболеваниях, перенесённых операциях на глазах, наличии нарушений зрения, аллергий, факте приёма лекарственных препаратов (особенно антикоагулянтов, гормонов, иммунодепрессантов и др.).

5. Методика проведения процедуры

Мне разъяснено, что процедура безоперационной блефаропластики включает, как правило:

Консультацию врача-косметолога, сбор жалоб, анамнеза, осмотр кожи и зоны век.

При необходимости – фотопротокол «до» (и «после» по завершении курса) с моего согласия.

Очищение и антисептическую обработку кожи в зоне воздействия.

При необходимости – нанесение местного анестетика (крема или инъекционной анестезии) для снижения чувствительности.

Проведение аппаратного воздействия по выбранному протоколу (плазменные микроприменения, RF/ультразвуковое воздействие и др.) по верхним и/или нижним векам и/или периорбитальной зоне. Во время процедуры я могу испытывать чувство тепла, жжения, покалывания, легкого дискомфорта.

При плазменной методике возможно образование на коже микроточечных корочек в местах воздействия.

Нанесение завершающего ухода (успокаивающий, заживляющий, защитный крем) и выдача рекомендаций по домашнему уходу.

Продолжительность одной процедуры и количество процедур в курсе определяются врачом индивидуально.

6. Ожидаемые результаты и ограничения

Мне разъяснено, что:

- Ожидаемый результат – умеренный лифтинг кожи век, уменьшение дряблости и мелких морщин, улучшение качества кожи вокруг глаз;
- Эффект процедуры развивается постепенно и может усиливаться в течение нескольких недель после воздействия;
- Выраженность результата зависит от исходного состояния кожи, возрастных изменений, индивидуальных особенностей, образа жизни и соблюдения рекомендаций по уходу;
- Безоперационная блефаропластика не является полной заменой хирургической операции, не способна устранить выраженный избыток кожно-жировой ткани и не устраняет все возрастные изменения;
- Результат не может быть гарантирован в точном объёме, возможно частичное соответствие моим эстетическим ожиданиям.

7. Возможные нормальные (временные) реакции

После процедуры возможны:

- Покраснение кожи век и периорбитальной области;
- Отёчность (особенно выраженная в первые 1–3 дня);
- Чувство стянутости, жжения, сухости;
- Умеренная болезненность при прикосновении;
- При плазменной методике – образование точечных корочек/микроожогов в местах воздействия, последующее шелушение.

Эти явления, как правило, являются ожидаемыми и проходят самостоятельно в течение нескольких дней – 7–14 дней (корочки отпадают постепенно, не должны сдираться самостоятельно).

8. Возможные осложнения и риски

Мне разъяснено, что, несмотря на соблюдение методики и использование сертифицированного оборудования, сохраняется риск осложнений:

- Выраженный и/или длительный отёк век;
- Интенсивное или длительное покраснение кожи;
- Сильное жжение, болевой синдром;
- Пузырьки, эрозии, мокнутие, признаки ожога кожи;
- Гиперпигментация (потемнение) или гипопигментация (осветление) кожи в зоне воздействия;
- Формирование рубцов (в том числе гипертрофических или келоидных – при соответствующей склонности);
- Длительное нарушение чувствительности кожи (онемение, парестезии);
- Локальная асимметрия век, изменения складки/контура кожи;

- Обострение герпетической инфекции (при наличии вируса в организме);
- Аллергические реакции на анестетики, используемые косметические и лечебные средства;
- Инфекционные осложнения (воспаление, нагноение) при нарушении рекомендаций по уходу или расчёсывании зоны воздействия;
- Крайне редко – выраженная деформация века, выворот/заворот века, обострение офтальмологических проблем (сухость глаз, раздражение и др.), требующие консультации офтальмолога и/или других специалистов.

Мне разъяснено, что при появлении:

- Резкой боли, выраженного отёка, пузырей, мокнутия;
- Значительного ухудшения зрения, ощущения «тумана», боли в глазах;
- Признаков инфекции (гнойное отделяемое, повышение температуры, резкая болезненность);
- Я должен(на) немедленно обратиться к врачу-косметологу или в медицинскую организацию, либо к дежурному врачу/в неотложную помощь.

9. Рекомендации до и после процедуры

До процедуры:

- За 3–5 дней не использовать в зоне век агрессивные пилинги, скрабы, ретиноиды, кислоты (если врач не рекомендовал иное);
- Не загорать активно и не посещать солярий;
- Не проводить процедуры эпиляции/депиляции, не травмировать кожу век;
- При признаках ОРВИ, ухудшении общего самочувствия – заранее сообщить в клинику, возможно перенести процедуру.
- После процедуры:
- Не трогать, не тереть и не расчесывать область век;
- При наличии корочек – не сдирать их, позволить им отпасть самостоятельно;
- По рекомендации врача наносить заживляющий/успокаивающий крем, избегать агрессивных средств;
- Не наносить декоративный макияж на область воздействия в течение срока, указанного врачом (как правило, первые несколько суток);
- Не посещать баню, сауну, солярий и не загорать активно в течение не менее 10–14 дней, использовать солнцезащитное средство (SPF) при выходе на улицу;
- Соблюдать все индивидуальные рекомендации по уходу, режиму и повторным визитам.

Мне разъяснено, что несоблюдение этих рекомендаций повышает риск осложнений и может снизить эффективность процедуры.

10. Согласие на обработку персональных данных

Я даю своё согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, в целях:

- Организации и оказания мне медицинской помощи;
- Ведения медицинской документации;
- Выполнения требований законодательства Российской Федерации, в том числе

Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

и Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я уведомлён(а), что имею право отозвать согласие на обработку персональных данных в порядке, установленном законодательством РФ, а также запросить копии документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи.

11. Права пациента и подтверждение информированности

Мне разъяснены мои права:

- Право получать информацию о состоянии моего здоровья и о предлагаемой медицинской помощи в доступной форме;
- Право задавать врачу вопросы и получать на них понятные ответы;
- Право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ);
- Право обратиться за консультацией к другому специалисту (получить «второе мнение»);
- Право получить копию настоящего информированного добровольного согласия.
- Я подтверждаю, что:

- Получил(а) полную информацию о характере, целях, методике проведения, возможных результатах и рисках процедуры безоперационной блефаропластики;
- Мне понятны отличия данной процедуры от хирургической блефаропластики и ограничения по результату;
- Мне всё разъяснено в доступной форме, на все мои вопросы даны ответы;
- Я осознаю возможные осложнения и согласен(на) с проведением процедуры при соблюдении врачом стандартов и рекомендаций;

Настоящее согласие даю добровольно.

Копию информированного добровольного согласия:

[_____] получил(а) [_____] от копии отказался(ась)

Пациент: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Врач (косметолог): _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Дата: «___» _____ г.