ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №1
На проведение инъекционных косметологических процедур
(ботулинотерапия, биоревитализация, мезотерапия и др.)

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.

1. Общие сведения о медицинском вмешательстве:
Мне разъяснено, что «инъекционные косметологические процедуры» включают в себя введение лекарственных препаратов и/или медицинских изделий (ботулотоксин типа А, препараты гиалуроновой кислоты, биоревитализанты, мезококтейли и др.) в кожу или подлежащие ткани с целью коррекции эстетических нарушений и профилактики возрастных изменений.
Цели процедур могут включать:

- Уменьшение выраженности морщин и заломов кожи;
- Улучшение качества кожи (увлажнение, плотность, тонус, рельеф);
- Нормализацию микроциркуляции и обменных процессов;
- Уменьшение проявлений пигментации, постакне (для ряда методик);
- Коррекцию локального гипергидроза (для отдельных препаратов).

2. Показания
Показания к проведению инъекционных процедур определяются врачом и могут включать:

- Возрастные изменения кожи лица, шеи, декольте;
- Сниженный тургор и тонус кожи;
- Обезвоженность, тусклый цвет лица;
- Мелкоморщинистый тип старения;
- Локальные морщины и складки;
- Рубцовые изменения и постакне;
- Локальный гипергидроз (по показаниям).

3. Методика проведения процедуры
Процедура включает:

- Сбор жалоб и анамнеза, оценку общего состояния;
- Визуальный осмотр, при необходимости — фотофиксацию;
- Подбор препарата и схемы инъекций;
- Очистку и антисептическую обработку кожи;
- При необходимости — местную анестезию;
- Выполнение инъекций одноразовыми стерильными иглами/канюлями;
- Кратковременное наблюдение после процедуры;
- Выдачу письменных и устных рекомендаций.

4. Ожидаемые результаты и нормальные реакции
Ожидаемый результат: постепенное улучшение качества кожи, уменьшение выраженности морщин и неровностей, более свежий и ухоженный внешний вид.
Мне разъяснено, что результат зависит от индивидуальных особенностей организма, возраста, образа жизни, сопутствующих заболеваний и не может быть гарантирован в точном объёме.

Возможные нормальные (временные) реакции:

- Чувство жжения или дискомфорта при инъекциях;
- Покраснение, умеренный отёк в местах введения;
- Повышенная чувствительность кожи при прикосновении;
- Небольшие гематомы (синячки).

Указанные явления, как правило, проходят самостоятельно в течение нескольких часов – 7–10 дней.

5. Возможные осложнения и риски

Мне разъяснено, что любые инъекционные медицинские вмешательства сопряжены с риском осложнений, в том числе:

- Выраженные и/или длительные отёки и гематомы;
- Воспалительные инфильтраты;
- Инфекционные осложнения (нагноение, абсцесс, флегмона);
- Аллергические реакции различной степени тяжести, в том числе немедленного типа;
- Индивидуальная непереносимость препарата, отсутствие ожидаемого эффекта;
- Формирование уплотнений, неровностей, асимметрии;
- Редкие сосудистые осложнения, требующие немедленной медицинской помощи.

Я уведомлён(а), что при появлении выраженной боли, изменении цвета кожи (резкая бледность, синюшность), нарастающего отёка, признаков инфекции (гной, высокая температура, резкая болезненность) обязан(а) незамедлительно обратиться к врачу.

6. Противопоказания

Мне разъяснено, что инъекционные процедуры не проводятся при:

- Острых инфекционных заболеваниях, лихорадке;
- Обострении хронических заболеваний;
- Беременности и грудном вскармливании;
- Онкологических заболеваниях (по решению врача);
- Тяжёлых заболеваниях крови, нарушении свёртываемости;
- Аутоиммунных заболеваниях (по решению врача);
- Кожных заболеваниях и гнойных процессах в зоне предполагаемых инъекций;
- Индивидуальной непереносимости компонентов препаратов;
- Алкогольном или наркотическом опьянении.

Я подтверждаю, что предоставил(а) врачу полную и достоверную информацию о своём здоровье, перенесённых заболеваниях, операциях, аллергиях и принимаемых препаратах.

7. Альтернативные методы и последствия отказа

Мне разъяснено, что альтернативой инъекционной косметологии могут быть:

- Аппаратные косметологические методики;
- Уходовые программы и профессиональные процедуры;
- Нитевая подтяжка;
- Пластическая хирургия;
- Отсутствие активного вмешательства.

Отказ от инъекционных процедур не создаёт непосредственной угрозы жизни и здоровью, но может привести к сохранению или прогрессированию эстетических нарушений.

8. Рекомендации после процедуры

Я уведомлён(а) о необходимости:

- Не прикасаться и не тереть места инъекций в первые часы;
- Не посещать баню, сауну, солярий, не принимать горячие ванны не менее 48 часов (если иное не указано врачом);
- Избегать интенсивных физических нагрузок в течение 24–48 часов;
- Соблюдать рекомендованный уход за кожей;
- При появлении необычных или выраженных реакций обратиться к врачу.

9. Согласие на обработку персональных данных

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, в целях оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации и выполнения требований законодательства РФ (в том числе Федерального закона № 323-ФЗ и № 152-ФЗ).

Я уведомлён(а) о праве отозвать согласие в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Права пациента и подтверждение информированности

Мне разъяснены мои права:

- Право на получение информации о состоянии здоровья и предлагаемых методах лечения в доступной форме;
- Право задавать вопросы врачу и получать на них ответы;
- Право на отказ от медицинского вмешательства или требование его прекращения (за исключением случаев, предусмотренных законом);
- Право на получение второго мнения другого специалиста;
- Право получить копию настоящего информированного добровольного согласия.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию, изложенную понятным языком, задал(а) все интересующие вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.
Решение о проведении инъекционных процедур принимаю **добровольно**.

Копию информированного добровольного согласия:

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

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

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

Дата: «___» _____ ____ г.