ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №4

На проведение PRP-терапии (плазмолифтинг)

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 процедуре

Мне разъяснено, что PRP-терапия (плазмолифтинг) – это процедура, включающая забор моей венозной крови, её обработку (центрифугирование) и последующее введение собственной плазмы, обогащённой тромбоцитами, в ткани для стимуляции регенерации.

2. Цели процедуры

- Улучшение качества кожи (тонус, плотность, цвет, рельеф);
- Уменьшение проявлений возрастных изменений;
- Ускорение восстановления после агрессивных воздействий;
- Улучшение роста волос при введении в кожу головы (по показаниям);
- Уменьшение воспалительных явлений (при ряде состояний).

3. Методика проведения

- Забор венозной крови одноразовой системой;
- Центрифугирование крови в одноразовых/сертифицированных пробирках;
- Выделение плазмы, обогащённой тромбоцитами;
- Антисептическая обработка кожи;
- Множественные микроинъекции плазмы в кожу лица, шеи, декольте, кожи головы и др. зон по показаниям;
- Рекомендации по уходу.

4. Ожидаемые реакции и возможные осложнения

Нормальные реакции:

- Умеренная болезненность при заборе крови и инъекциях;
- Покраснение и отёчность в местах инъекций;
- Возможные гематомы;
- Кратковременная слабость, головокружение.

Возможные осложнения:

- Выраженные гематомы и отёки;
- Инфекционные осложнения (воспаление, нагноение);
- Аллергические реакции на антикоагулянт или компоненты пробирки;
- Обморочные реакции при заборе крови;
- Отсутствие ожидаемого косметического эффекта.

5. Противопоказания

- Тяжёлые заболевания крови, нарушения свёртываемости;
- Выраженная анемия;
- Онкологические заболевания;
- Аутоиммунные заболевания (по решению врача);
- Вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция;

- Острые инфекции и лихорадка;
- Беременность и кормление грудью;
- Психические расстройства, алкогольное и наркотическое опьянение.

6. Альтернативы и последствия отказа

Альтернативы: биоревитализация, мезотерапия, аппаратные методики, уходовые программы, отсутствие вмешательства.

Отказ от процедуры не угрожает жизни, но может привести к сохранению или прогрессированию возрастных и эстетических изменений.

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.