ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №5
На установку рассасывающихся мезонитей (нитевая методика)

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 нитевая методика включает введение под кожу рассасывающихся нитей (на основе PDO, PLLA, PCL или других разрешённых материалов) с целью формирования поддерживающего каркаса и лифтинга тканей.

2. Цели процедуры
- Укрепление и подтяжка мягких тканей;
- Улучшение овала лица;
- Уменьшение проявлений птоза;
- Снижение выраженности морщин и заломов;
- Профилактика дальнейшего опущения тканей.

3. Методика проведения
- Разметка векторов введения нитей;
- Антисептическая обработка кожи;
- Местная анестезия;
- Введение нитей с помощью иглы или канюли;
- Контроль положения нитей;
- **Рекомендации по поведению и уходу.**

4. Ожидаемые реакции и возможные осложнения
Нормальные реакции:
- Болезненность при введении и после процедуры;
- Отёк и покраснение;
- Чувство стянутости, дискомфорта при мимике;
- Гематомы.

Возможные осложнения:
- Выраженные гематомы и отёки;
- Формирование втяжений и неровностей кожи;
- Миграция нитей, их прорезывание;
- Инфекционные осложнения (нагноение);
- Аллергические реакции;
- Выраженная асимметрия;
- Необходимость удаления нитей или коррекции.

5. Противопоказания
- Аутоиммунные заболевания (по решению врача);
- Сахарный диабет в стадии декомпенсации;
- Онкологические заболевания;
- Нарушения свёртываемости крови;

- Склонность к келоидным рубцам;
- Воспалительные и гнойные процессы кожи в зоне вмешательства;
- Беременность и лактация;
- Тяжёлые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

6. Альтернативы и последствия отказа

Альтернативы: аппаратные лифтинговые методики, инъекционные процедуры, пластическая хирургия, отсутствие вмешательства.

Отказ не угрожает жизни, но может привести к сохранению или усилению проявлений птоза и возрастных изменений.

7 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.

8. 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.