ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №6

На проведение трихологического обследования и лечения (процедуры для кожи головы и волос).

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

Мне разъяснено, что трихологическое лечение может включать:

- Осмотр и диагностику кожи головы, и волос (в том числе трихоскопию);
- Назначение лабораторных исследований (по отдельному согласию);
- Инъекционные процедуры (мезотерапия, PRP-терапия кожи головы);
- Аппаратные воздействия;
- Лечебные пилинги и профессиональные уходы.

2. Цели лечения

- Уменьшение выпадения волос;
- Стимуляция роста новых волос;
- Улучшение состояния кожи головы (уменьшение зуда, перхоти, жирности/сухости);
- Улучшение структуры и качества волос;
- Замедление прогрессирования алопеции.

3. Ожидаемые результаты и особенности

Мне разъяснено, что:

- Результат зависит от причины выпадения волос и общего состояния организма;
- Лечение, как правило, носит курс-продолжительный характер (несколько месяцев);
- Возможно частичное, а не полное восстановление волос;
- В начале лечения возможно временное усиление выпадения волос за счёт смены фаз роста.

4. Возможные реакции и осложнения

- Болезненность при инъекциях;
- Покраснение и чувствительность кожи головы;
- Гематомы, корочки в местах инъекций;
- Аллергические реакции на применяемые препараты;
- Редкие инфекционные осложнения при нарушении правил асептики и ухода.

5. Противопоказания

Определяются в зависимости от конкретной процедуры и могут включать:

- Инфекционные и гнойные заболевания кожи головы;
- Тяжёлые заболевания крови;
- Онкологические заболевания;
- Аутоиммунные заболевания (по решению врача);
- Беременность (для ряда методик – по решению врача);
- Индивидуальную непереносимость компонентов препаратов.

6. Альтернативы и последствия отказа

Альтернативы: терапия у других специалистов (дерматолог, эндокринолог и др.), медикаментозное лечение без процедур, наружные средства, отказ от лечения.

Отказ не угрожает жизни, но может привести к прогрессированию алопеции и ухудшению состояния волос и кожи головы.

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.