ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ № 8
На проведение аппаратной косметологической процедуры «ХОЛОДНАЯ ПЛАЗМА»

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 аппаратная косметологическая процедура «Холодная плазма» (А22.20.003 холодный импульсный спрей) – это воздействие на кожу струёй ионизированного газа (плазмы), создаваемой токами ультравысокой частоты, с целью:

- Мягкой дезинфекции и антисептического эффекта на поверхности кожи;
- Уменьшения выраженности воспалительных элементов (акне, постакне);
- Снижения жирности кожи и сужения пор;
- Улучшения микроциркуляции и тонуса кожи;
- Подготовки кожи к проведению других косметологических процедур.

Процедура проводится с использованием сертифицированного аппаратного оборудования, в условиях медицинской организации, специально обученным медицинским персоналом.

2. Цели проведения процедуры

Окончательное решение о наличии показаний и возможности проведения процедуры принимает врач-косметолог после осмотра и оценки моего состояния.

3. Противопоказания

Мне разъяснено, что процедура «Холодная плазма» не проводится при:

- Острых инфекционных заболеваниях, повышенной температуре тела;
- Выраженных воспалительных и гнойных процессах кожи в зоне предполагаемого воздействия;
- Свежих ожогах, открытых ранах, ссадинах, расчесах в зоне обработки;
- Злокачественных новообразованиях любой локализации;
- Тяжёлых заболеваниях крови и иммунной системы (по решению врача);
- Тяжёлых сердечно-сосудистых заболеваниях в стадии декомпенсации;
- Индивидуальной непереносимости аппаратных/электрических воздействий;
- Тяжёлых психических заболеваниях с нарушением сотрудничества;
- Беременности (вопрос решается индивидуально по согласованию с врачом).

Я проинформирован(а) о необходимости заранее сообщить врачу обо всех известных мне хронических заболеваниях, операциях, наличии кардиостимулятора и металлических имплантов, аллергиях и принимаемых лекарственных препаратах.

5. Методика проведения процедуры

Мне разъяснено, что процедура обычно включает:
Консультацию врача-косметолога, сбор жалоб и анамнеза, осмотр кожи.
При необходимости – составление фотопротокола (до/после) с моего согласия.
Очищение и при необходимости обезжиривание кожи.
Обработку кожи насадкой аппарата «Холодная плазма» по заранее определённым зонам и параметрам.
При необходимости – нанесение завершающего ухода (успокаивающий, увлажняющий крем и др.).
Продолжительность процедуры, как правило, составляет от 10 до 30 минут в зависимости от объёма обработки. Количество процедур в курсе и частота их проведения определяются врачом индивидуально.

6. Возможные ощущения и нормальные реакции

Мне разъяснено, что во время проведения процедуры возможны:

- Ощущение лёгкого покалывания, пощипывания;
- Чувство прохлады или умеренного тепла в зоне воздействия;
- Запах озона (является нормальной реакцией при работе аппарата).
- После процедуры возможны следующие временные нормальные реакции:
- Слабое покраснение кожи (эритема);
- Умеренное чувство сухости, стянутости;
- Повышенная чувствительность кожи при прикосновении.

Как правило, эти явления самостоятельно проходят в течение нескольких часов – 1 суток.

7. Возможные осложнения и риски

Мне разъяснено, что при любой аппаратной процедуре сохраняется риск развития осложнений, в том числе:

- Более выраженное и/или длительное покраснение кожи;
- Раздражение, ощущение жжения, дискомфорт;
- Обострение имеющихся кожных заболеваний (дерматит, акне и др.);
- Аллергические реакции на применяемые вовремя или после процедуры косметические средства;
- При несоблюдении рекомендаций – риск сухости, шелушения, усиленной реакции на солнце;
- Крайне редко – появление пузырей, эрозий, вторичного инфицирования в зоне воздействия.

Мне разъяснено, что при появлении пузырей, сильного жжения, выраженного отёка, мокнутия, боли, признаков инфекции или любой нетипичной реакции мне необходимо как можно скорее обратиться к врачу или связаться с медицинской организацией.

8. Рекомендации до и после процедуры

Мне разъяснено, что для снижения рисков и получения оптимального результата рекомендуется:

До процедуры:

- За 1–2 дня не использовать агрессивные скрабы, кислотные пилинги, ретиноиды и другие сильно раздражающие средства в зоне предполагаемого воздействия;
- Не травмировать кожу (эпиляция, жёсткая чистка, интенсивные механические воздействия);
- За 24 часа до процедуры не употреблять алкоголь;
- При появлении симптомов ОРВИ, повышенной температуры, ухудшения самочувствия заранее сообщить в клинику для решения вопроса о переносе процедуры.

После процедуры:

- В течение 1–3 дней не использовать агрессивные косметические средства (скрабы, кислотные и ретиноидные продукты) в зоне воздействия;
- Избегать посещения сауны, бани, солярия, не принимать горячие ванны в течение не менее 24–48 часов (если иное не рекомендовано врачом);
- Не травмировать кожу (не тереть грубыми полотенцами, щётками, не расчёсывать);
- Использовать мягкие средства очищения и рекомендованный врачом увлажняющий/восстанавливающий уход;
- При активном пребывании на солнце использовать солнцезащитное средство (SPF по рекомендации врача).

Мне разъяснено, что несоблюдение данных рекомендаций может увеличивать риск осложнений и снижать эффективность процедуры.

9. 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 вправе отозвать согласие на обработку персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ, и запросить копии документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи.

10. Права пациента и подтверждение информированности

Мне разъяснены мои права:

- Право на получение информации о состоянии здоровья и о предполагаемом медицинском вмешательстве в доступной форме;
- Право задавать вопросы врачу и получать на них ответы;
- Право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;
- Право на получение консультации другого врача (второе мнение);
- Право получить копию настоящего информированного добровольного согласия.

Я подтверждаю, что:

Получил(а) исчерпывающую информацию о характере, целях, методике проведения процедуры «Холодная плазма», возможных рисках, осложнениях и альтернативных методах;

- Мне всё изложено в понятной форме, на все мои вопросы даны ответы;
- Мне понятны рекомендации по подготовке к процедуре и уходу после неё;
- Настоящее согласие даю добровольно, без давления, из корыстных или иных побочных мотивов.

Копию информированного добровольного согласия:

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

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

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

Дата: «___» _____ ____ г.