

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

1. Общие положения.

Я, _____, дата рождения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____, в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства: **нитевой лифтинг лица, шеи, декольте.**
Настоящее согласие дано ООО «_____» (ООО «_____»), имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-_____ от 00.00.201_ года, по адресу: _____, далее – «Клиника».

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств, я уполномочиваю врача Клиники _____ (далее – «Лечащий врач»).

2. Показания, противопоказания и действие медицинского вмешательства.

Мне разъяснены возможные варианты и доступные методы проведения медицинских вмешательств.

Мне разъяснены характер и объём выбранного мною медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что Лечащий врач разъяснил мне характер, объём и сроки планируемого лечения.

Мне разъяснено, что нитевой лифтинг применяется при коррекции возрастных изменениях мягких тканей лица и шеи, при появлении морщин и углублении складок на лице, при опущении углов губ, тканей верхней, средней и нижней трети лица и шеи, для профилактикиптоза мягких тканей лица и шеи, улучшения качества кожи.

Противопоказаниями к проведению нитевого лифтинга лица и шеи являются следующие состояния пациента: беременность, обострение психических заболеваний, нарушения процессов свертывания крови, онкология (ограниченно), тяжелая анемия, воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры, индивидуальная непереносимость.

Нитевой лифтинг лица и шеи оказывает следующее действие на пациента: подтяжка и фиксация мягких тканей, омолаживающий эффект, замедление процессов старения, формирование прочного каркаса, поддерживающего мягкие ткани.

3. Общие и специализированные риски

Мне в доступной форме разъяснено, что медицинские вмешательства несут в себе определенные риски и осложнения.

При проведении нитевого лифтинга лица и шеи может возникнуть:

- гематомы и отек в зоне проведения процедуры;
- воспалительные явления в зоне проведения процедуры;
- появление асимметрии и складок кожи;
- контурирование нити;
- втяжения кожи в местах прокола иглой.

Я также получил(а) подробные объяснения об иных, более редких осложнениях, которые могут возникнуть во время проведения нитевого лифтинга.

4. Медицинские ограничения и рекомендации.

Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима после проведения процедуры:

1. В течение 24 часов после проведения процедуры прикладывайте холод к области коррекции, при сохранении болевых ощущений возможно применение анальгетиков.
2. Для ускорения процессов реабилитации рекомендуются препараты и процедуры, снижающие отек («Траумель», «Гепарин», микротоковая терапия и т. д.).
3. В течение 2–3 дней не принимайте горячие напитки и горячую пищу.
4. В течение 3 дней обрабатывайте места проколов кожи антисептическими растворами.
5. В течение 3–5 дней после процедуры установки более 1 упаковки нитей+ или при сниженном иммунитете желательно принимать антибиотики: «Цифран» или «Ципролет» 0,5 г по 1 таблетке 2 раза в день.
6. В течение 7 дней ограничивайте активность мимики, воздерживайтесь от занятий фитнесом, посещения бани, сауны и бассейна.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

5. Заключительные положения.

Подтверждаю, что содержание медицинских действий и связанных с ними риск, а так же возможные осложнения мне известны.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Я подтверждаю, что сообщил(а) Лечащему врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я принимаю возможность наступления осложнений, указанных в настоящем информированном согласии и других осложнений.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности Лечащего Врача Клиники, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата

Я прочитал(а) данное согласие на операцию, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинские вмешательства.

Подпись пациента _____ / _____ / « ____ » _____ 2018 г.

Расшифровка подписи

Подпись Лечащего врача _____ / _____ / « ____ » _____ 2018 г.

Расшифровка подписи