

Общество с ограниченной ответственностью
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН 1162724073841
Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
Тел.: +7-924-221-7000

Информированное согласие пациента на проведение процедуры карбонового пилинга

Я _____ Настоящим
разрешаю доктору _____ провести процедуру **карбонового пилинга** на системе **Q-**
Master Plus Nd:YAG LASER Q-SWITCH в области

Процедуру на аппарате **Q-Master Plus LASER Q-SWITCH** проводят с использованием лазерного излучения с длиной волны **1064 нм**, с целью получения стойкого клинического результата при загрязнении кожи, гиперкератозе, повышенной выработки кожного сала, при наличии расширенных пор и пигментных поражений при отсутствии противопоказаний или имеющихся факторах влияющих на рецидив.

Я знаю, что карбоновый пилинг показан при наличии комбинированной, жирной кожи, склонной к быстрому загрязнению, гиперкератоз, расширенные поры, постакне, акне 1-2 степень, фотостарение.

Мне известно, что основными противопоказаниями к проведению процедуры являются: нарушение целостности кожного покрова, псориаз, дерматиты в стадии обострения, свежий загар, инфекционные заболевания (герпес), прием фотосенсибилизаторов, индивидуальная реакция на тепловое и световое воздействие (солнечная крапивница), беременность, сахарный диабет в декомпенсированной стадии, гемофилия, сердечно-сосудистые заболевания в декомпенсированной стадии, нервно-психические заболевания в анамнезе, онкологические заболевания кожи в анамнезе.

Я проинформирован, что в течение восстановительного периода сразу после процедуры в области обработки может появиться покраснение кожи, отек мягких тканей и ощущение жжения, корочки. Эти симптомы носят временный характер и в норме должны исчезнуть в течение нескольких часов. Это связано с индивидуальными особенностями кожи пациента

Рекомендации после процедуры:

Я проинформирован и обязуюсь выполнять все рекомендации данные врачом на время восстановительного периода после процедуры: в течении 3-х недель исключить травмирующие факторы (распаривание, механические воздействия, физиотерапевтические и косметические процедуры, способные нарушать целостность кожи).

Избегать инсоляции (солнечного облучения, солярий) в течение 2-4 недель после процедуры, необходимо использовать солнцезащитные средства (с высоким фактором защиты, не менее 30 SPF) на открытые участки кожи. Я осознаю, что нарушение данных рекомендаций может привести к появлению гипо- и гиперпигментации. Я гарантирую точную информацию о своем физическом и душевном здоровье, о проведенных ранее процедурах (хирургические вмешательства, лазерные и др. пилинги, РФ лифтинг, коррекции сосудистых поражений другими методами и т.д.)

Я поставлен в известность, что для достижения хороших результатов может потребоваться несколько сеансов процедуры.

Ориентировочное количество процедур, необходимых пациенту, определяется врачом во время консультации.

Я разрешаю/ не разрешаю фотографировать меня на протяжении курса терапии для отслеживания клинического результата.

Я даю согласие на фотографирование и видеосъемку, понимая, что эти материалы останутся собственностью центра. Я разрешаю публиковать эти фото- и видео- данные или связанную с ними информацию в профессиональных изданиях, книгах, использовать с целью обучения или научно-исследовательских целях. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я прочел и понял данную информацию, которую мне предоставили до подписания данного согласия.

Дата « _____ » _____ 2024 г. Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____