

Общество с ограниченной ответственностью

«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А

ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841

Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабадина 19А

Тел.: +7-924-221-7000

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ

Я _____ Настоящим разрешаю доктору _____ провести процедуру лазерного неаблятивного омоложения кожи (без повреждения эпидермиса) на лазерной системе **Q-Master Plus Nd:YAG LASER LONG PULS, GENESIS, GENESIS FX™** производства Южная Корея медицинского концерна **А.М.І.** в области _____

Процедуру на аппарате **Q-Master Plus Nd:YAG LASER LONG PULS GENESIS, GENESIS FX™** проводят с использованием лазерного излучения с длиной волны **1064 нм**, нм с целью получения стойкого клинического результата при наличии, признаков фото- и хроностарения, коррекции эластопа тканей, гравитационного птоза, наличия морщин, пигментных поражений, сосудистой патологии кожи при отсутствии противопоказаний или имеющихся факторах влияющих на рецидив.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а). Сама процедура, а также потенциальные преимущества и риски, были подробно разъяснены мне, и я получил/а ответы на все мои вопросы на эту тему.

Я знаю, что лазерное неаблятивное омоложения кожи показано при наличии признаков фото- и хроностарения, эластопа ткани и гравитационного птоза тканей, васкулярных поражений на лице и теле, пигментных поражений на лице и теле, телеангиэктазиях, акне и порстакне.

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 течение 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.

Не применять гепариносодержащие крема, способствующие возобновлению кровотока в обработанном сосуде

Я осознаю, что нарушение данных рекомендаций может привести к появлению гипо и гиперпигментации или ретинализации сосудов.

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 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.

Данные фотографии не могут демонстрироваться третьим лицам или использоваться иным образом без предварительного письменного согласия клиента.

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

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