

**Общество с ограниченной ответственностью
«ЭСТЕТИК ЛАЙФ»**

Юридический адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
ИНН 2721225484 КПП 272101001 ОГРН1162724073841
Почтовый адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Шабалина 19А
Тел.: +7-924-221-7000

Информированное согласие на оказание процедуры Радиочастотной (RF) терапии на аппаратной платформе InMode (Morfeus 8, Fractora)

Я, пациент (законный представитель),

в соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - ФЗ доверяю врачу _____ выполнить процедуру процедуры _____ Радиочастотной(RF) терапии _____ в области _____.

1. 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.
2. Я знаю, что для радиочастотного нагрева слоев дермы и гиподермы использует различные частоты, протекающего через кожу тока, что способствует производству волокон коллагена и эластина, которые являются основными белками кожи, отвечающими за эластичность кожи и упругость, способствуя тем самым оздоровлению и повышению эластичности кожи. Кроме того, созданное в подкожном слое радиочастотное тепло уменьшает слой накопленного жира.
3. Я понимаю, что RF-терапию применяют для омоложения и подтяжки кожи, лечения акне, и постакне, профилактики целлюлита и ожирения. Курс лечения зависит от изначальной проблемы пациента и его возраста.
4. Я понимаю возможные ограничения, цели и осложнения, которые могут возникнуть при проведении этой процедуры и заявляю, что со мной обсуждались альтернативные методы лечения. У меня была возможность задать вопросы о процедуре, об ограничениях в ее использовании и о возможных осложнениях.
5. Во время лечения окружающие ткани остаются без изменений, с легким покраснением, которое в течение 45 минут проходит.
6. Для проведения RF- терапии по желанию пациента проводится местная инфильтрационная анестезия. Я понимаю, что местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предполагает несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обезболивания. При отказе пациента от местной анестезии во время проведения процедуры может быть появление выраженных болевых ощущений.
7. Мне разъяснено, что инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также к временному ощущению припухлости в данной области. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, к обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами, временным нарушением работы мышц лица.
8. Я информирован(а) о болевых ощущениях во время Процедуры в виде боли, жжения, ощущения сдавления, натяжения. Болевые ощущения возможны и после процедуры, о чем Врач предупредил меня в процессе разъяснительной беседы.
9. Я проинформирован(а) о возможности развития незначительных или умеренно выраженных местных кожных реакций после процедуры: покраснения, зуда, припухлости, отека, боли, гематом. Данные кожные реакции обычно расцениваются как естественные и ожидаемые и самостоятельно проходят в течение нескольких дней или недель.
10. Я понимаю, что невозможно предсказать мою реакцию на процедуры и сколько сеансов может потребоваться.
11. Мне известно, что после проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться:
 - легкое покраснение, отечность. Это нормальная реакция кожи, которая проходит обычно через 7-14 дней, хотя в некоторых случаях может продолжиться до четырех недель.
 - жжение на подвергшихся обработке зонах наступает в течение 2-3 часов после лечения и может сохраняться в течение нескольких недель.
 - В области проведения RF - воздействия может произойти пигментация кожи. Это обычно временное явление, эффект может сохраняться в течение 3-12 месяцев.

- сухость кожи, шелушение в течение 15-45 дней после лечения.
- отек обычно нарастает на второй-третий день и сохраняется до 14-30 дней.
- в течение первых недель после процедуры возможно временное углубление морщин.
- возможен рост волос после проведения лечения на участках, подвергшихся лечению

12. Мне известно, в каких случаях лечение противопоказано:

- Открытые раны, острый воспалительный процесс.
- Заболевания кожи в зоне лечения, открытые поражения кожи, экзема, сыпь любого происхождения, псориаз, вирусные и грибковые поражения кожи.
- Прогрессирующие доброкачественные новообразования кожи, доброкачественные родинки, которые могут переродиться в злокачественные.
- Злокачественные новообразования или перенесенная онкология.
- Беременность, кормление грудью.
- Заболевания эпилепсией.
- Аллергическая реакция на глицерин или контактный гель.
- Татуировки или перманентный макияж в области лечения.
- Заболевания, при которых противопоказано тепловое воздействие (герпес, экзема, сыпь и т.д.) в зоне обработки.
- Любые постоянные имплантаты в области лечения.
- Наличие кардиостимулятора, дефибриллятора, или других имплантированных электронных/электрических устройств.
- Коагулопатии, склонность к кровотечениям и гематомам.
- Прием препаратов, разжижающих кровь (антикоагулянтов), витамина Е, пиваков и пр.
- Иммунодепрессивные заболевания (например, ВИЧ) или применение иммуносупрессорных препаратов.
- Использование препаратов, которые влияют на иммунную систему.
- Эндокринные патологии (диабет или заболевания щитовидной железы).
- Тромбофлебиты глубоких вен в области лечения.
- Наличие келоидных рубцов или длительное рано-заживление в анамнезе.
- Использование препаратов изотретиноина (витамин А, Роаккутан, Акнекутан, Верокутан, Сотрет и др.) в течение последних 6 месяцев.
- Перенесенная в последние 6 месяцев эстетическая или медицинская хирургическая операция в области лечения.
- Очень сухая и чувствительная кожа.
- Чрезмерный загар или солнечные ожоги в области лечения.
- Беременность или кормление грудью
- Возраст до 18 лет

13. 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.

14. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

15. Цель этой процедуры, как и любой косметической процедуры в улучшении, а не в достижении совершенства. Я соглашаюсь с тем, что хотя предложенные медицинские услуги направлены на получение ожидаемого мной косметического результата, медицинские услуги являются вмешательством в биологический организм, и как любое медицинское вмешательство не могут иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов медицинской услуги.

16. Окончательный результат может быть и не очевиден даже через месяцы после лечения.

17. Для получения наилучших результатов необходимо проведение полного курса радиочастотной терапии. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

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