

**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 добровольное согласие на процедуру нитевой коррекции и проведения местной анестезии.**  
**Я, \_\_\_\_\_ года рождения,**

Даю свое согласие на проведение процедуры нитевой коррекции и местной анестезии в косметических целях врачом:

*Я проинформирован(а)* о том, что показаниями для Процедуры являются возрастные изменения лица и тела, асимметрия контуров тканей, необходимость укрепления мягких тканей.

*Я понимаю*, что местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предполагает одну или несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения процедуры, появление болевых ощущений. 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.

*Подтверждаю*, что настоящее время у меня нет аутоиммунных, соматических патологий и обострений хронических заболеваний; заболеваний крови, коллагенозов, ишемической болезни сердца; артериальной гипертензии II и III степеней; психических и невротических нарушений; воспалительных явлений и новообразований в области проведения процедуры; склонности к формированию келоидных и гипертрофических рубцов; беременности, лактации.

*Я даю согласие* на проведение контрольных фото- и видео- снимков до, в процессе и после процедуры для сравнительной оценки результатов, понимая, что эти фото- и видео- данные останутся собственностью Клиники. Фотоснимки являются неотъемлемой частью подготовки пациента к Процедуре. 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. Отказ от фотографирования может быть основанием для отказа в проведении Процедуры.

Врач *проинформировал* меня, что в зависимости от типа используемых нитей, техники введения, участка и типа кожи, анатомических особенностей эффект от Процедуры сохраняется:

- до 6-16 месяцев (рассасывающиеся нити), в некоторых случаях (учитывающих индивидуальные особенности организма, уровень и количество физических нагрузок, условий труда, обмена веществ и т.д.) эффект может быть более или менее длительным;

-до 3-5 лет (нерассасывающиеся нити), в некоторых случаях (учитывающих индивидуальные особенности организма, уровень и количество физических нагрузок, условий труда, обмена веществ и т.д.) эффект может быть более или менее длительным.

Повторные процедуры имплантации нитей могут поддерживать желаемый внешний вид.

Предварительный результат процедуры оценивается не ранее чем через 14 дней, а окончательный результат — не ранее чем через 1,5 месяца.

В этот период делаются контрольные снимки. В течение 7-14 дней, иногда дольше, могут ощущаться покалывания по ходу введения нити, небольшая болезненность, отечность, возможно появление незначительных кровоизлияний. Пальпаторно нити могут ощущаться до 3-х месяцев, при этом внешне они не видны. В некоторых случаях, в зависимости от выбранной методики, нарушение рельефа, асимметрия, отечность и другие временные явления в зависимости от индивидуальных особенностей, от 7-10 дней до 2-3 месяцев после процедуры.

*Я информирован(а)* о болевых ощущениях во время Процедуры в виде боли, жжения, ощущения сдавливания, натяжения. Болевые ощущения возможны и после некоторых видов Процедуры, о чем Врач предупредил меня в процессе разъяснительной беседы.

Нити вскрыты в моем присутствии из стерильной упаковки.

*Я добросовестно ответил(а)* на все вопросы, касающиеся моего здоровья и подтверждаю, что буду следовать данным мне рекомендациям относительно восстановительного периода: при возникновении непредвиденных ситуаций, таких как повышение температуры тела (более 37,5 °С), появление пульсирующих болей в зоне вмешательства, прогрессирующей асимметрии, увеличения отека тканей, я обязуюсь немедленно обратиться к врачу.

*Я полностью понимаю*, что нарушение врачебных рекомендаций может способствовать развитию местных и(или) общих осложнений или даже стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты лечения, увеличить продолжительность реабилитации, а в некоторых случаях потребовать проведения повторных процедур.

*Я проинформирован(а)* о возможности развития незначительных или умеренно выраженных местных кожных реакций после имплантации нитей: покраснения, зуда, припухлости, отека, боли, втяжения, контурации, гематом. Данные кожные реакции обычно расцениваются как естественные и ожидаемые и самостоятельно проходят в течение нескольких дней или недель.

*Я понимаю*, что в силу индивидуальных особенностей своего организма не обладаю исключительной симметричностью, и поэтому не ожидаю идентичных результатов коррекции на правой и левой половине своего лица.

*Я понимаю*, что Врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что существует риск не достижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

*Я удостоверяю*, что текст моего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня. *Я подтверждаю*, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

**Рекомендации:**

Ограничить мимическую активность (в период до 14 дней); избегать повышенных физических нагрузок (в период до 3 недель);

Проводить антисептическую обработку в области установленных нитей, при рекомендациях врача принимать антибактериальную терапию в соответствующие сроки в рекомендуемых дозировках.

Избегать резкого перепада температур (посещение бань, саун, соляриев в период до 3 недель); не наносить в течение 12-ти часов декоративную косметику; не разминать и не массировать области введения нитей в течение 7-10 дней.

Прийти на контрольный осмотр на 7-10 день после процедуры. В случае нежелательных реакций незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

Я обязуюсь следовать всем указанным рекомендациям и предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций освобождает врача от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

**Памятка** о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, информация, представленная в ней, мне разъяснена и понятна. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача, а также рекомендации, изложенные в полученной мной памятке, не проводить самолечения, в случае каких-либо затруднений обращаться к специалисту, проводившему процедуру.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.      Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_