

**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 добровольное согласие на проведение процедуры объёмного моделирования**

Я, пациент (законный представитель),

в соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - ФЗ  
доверяю и даю свое согласие врачу:

\_\_\_\_\_ выполнить процедуру объёмного моделирования  
препаратом \_\_\_\_\_  
Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое согласие на ее проведение в области:

1. Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течении жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.
2. Я понимаю, что в случае проведения местной инъекционной анестезии, она 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: 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.
3. Я осведомлен(а), что препарат представляет собой гелеобразное вещество. Мне объяснили, что препарат применяется с целью коррекции эстетических недостатков внешности и его действие основано на восполнении объема различных участков кожи путем внутрикожного или подкожного введения.
4. Я проинформирован(а), что препарат вводится в различные слои дермы и находится в тканях от 3 до 24 месяцев, в зависимости от типа выбранного препарата, индивидуальных особенностей организма и моего образа жизни (соблюдения рекомендаций моего лечащего врача). Мне известно, что любые манипуляции, способствующие улучшению кровообращения в зоне введения препарата (массаж, физиопроцедуры и т.д.), могут способствовать сокращению времени нахождения препарата в тканях. Врач проинформировал меня о возможных побочных эффектах.
5. Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препарата, может быть местной и инъекционной. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях инъекционной анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.
6. Врач сообщил мне, что непосредственно после проведения процедуры в зоне инъекций появится отек, покраснение и ощущение болезненности кожи, а также возможно развитие гематом. Эти реакции являются нормальными и исчезают от 3 (отеки, покраснение, болезненность) до 7 -10 суток (гематомы). Также после процедуры возможно появление уплотнений, как в ближайшем реабилитационном периоде (7-30 дней), так и в отдаленном, что является нормальной реакцией организма.
7. **Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:** индивидуальная непереносимость компонентов препарата; беременность и лактация; анафилактический шок в анамнезе; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; инфекция в месте введения препарата; заболевания и состояния, характеризующиеся нарушением свертываемости крови; повышенная температура тела; периоды обострения соматических заболеваний; прием ряда лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты и антиагреганты, системные ретиноиды и др.; наличие местного воспалительного процесса в зоне предполагаемой инъекции; ранее введенный препарат другого состава в области предполагаемой инъекции (менее двух месяцев назад); случаи реакции «отторжения» инородного тела в анамнезе. **Я подтверждаю**, что на данный момент я абсолютно здоров (а) и не имею вышеперечисленных противопоказаний к проведению процедуры.
8. Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно появление непредвиденных обстоятельств, индивидуальных реакций, в том числе и осложнений.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры.

**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 подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Я проконсультирован(а), и мне даны рекомендации поведения после проведенной процедуры.

У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.

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: \_\_\_\_\_