

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 проведение процедуры по удалению новообразований кожи**

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 удаление  
новообразования кожи

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.

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.

**Я осведомлен(а), что после удаления новообразований могут быть:**

- проходящее чувство жжения, болезненность,
- временное покраснение вокруг раны
- пигментация (как отдаленные последствия у лиц со склонностью к гиперпигментации или после солнечного облучения)
- нагноение (редко, в случае инфицирования раны)
- рубцы (редко, у лиц со склонностью к образованию рубцов, после удаления глубоких элементов, при несоблюдении правил ухода за раной).

**Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:** наличие кардиостимулятора, сердечно-сосудистые заболевания в остром периоде, гипертоническая болезнь III стадии, частые приступы стенокардии; инфекционные заболевания, лихорадочные состояния; наличие металлических протезов, штифтов, имплантов; почечная недостаточность тяжелой степени; беременность.

**Я подтверждаю,** что на данный момент я абсолютно здоров (а) и не имею вышеперечисленных противопоказаний к проведению процедуры.

После процедуры необходимо:

- в течение 14 дней не мочить. Исключить травмирующие факторы (распаривание, механические воздействия, удаление корочки. Физиотерапевтические и косметические процедуры, способные нарушать целостность кожи)
- обрабатывать рану раствором Бензилдиметила 0,01% 3 раза в день до момента ее заживления (около 14 дней)
- избегать инсоляции (солнечное облучение) до исчезновения следов от удаления.

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

Удаление бородавок, моллюсков, папиллом, остроконечных кандилом и тд возможно после проведения курса лечения, определенного врачом (особенно при удалении крупных образований, подошвенных бородавок, при выраженном гиперкератозе элементов)

**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: \_\_\_\_\_