

**Информированное согласие на оказание процедуры лазерная эпиляция волос на аппарате Diolaze xl**

Я, пациент (законный представитель),

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

и его ассистенту

выполнить процедуру лазерного удаления волос 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 световой терапии интенсивным импульсным светом путем нагрева слоев дермы и гиподермы использует различные частоты, и источники, включая лазерные. Интенсивное импульсное излучение, используется в различных целях в зависимости от выбранных режимов. Процедура приводит к термической деструкции нежелательных волос, разрушает пигменты и коагулируют мелкие сосудистые дефекты.
3. Я понимаю, что светотерапию источниками высокоинтенсивного импульсного света применяют, световой эпиляции (лазерной), курс лечения зависит от изначальной проблемы пациента и его возраста.
4. Результаты лечения могут носить временный эффект, поэтому рекомендуется проводить процедуру периодически для поддержания результата.
5. Я понимаю, что результаты могут отличаться от пациента к пациенту и соглашаюсь, что невозможно предсказать мою реакцию на процедуры и сколько сеансов может потребоваться.
6. Мне известно, что после проведения процедуры на подвергшихся обработке участках может наблюдаться: эритема (покраснения) и эдема (опухание) нормальная реакция кожи на процедуру; покраснение и отек, обычно проявляются на 1-2 день после процедуры и исчезают в течение первой недели, чувство жжения, кожный зуд, кровоподтек, волдыри, изменение пигментации (гипер или гипопигментация), рубцевание кожи, при сосуде большого размера возможно образование атрофического рубца, появление корок в месте образования сосуда.
7. Мне известно, в каких случаях лечение противопоказано:

Кожные болезни в зоне предполагаемой обработки (герпес, экзема, псориаз, вирусные и грибковые поражения кожи), сыпь любого происхождения, активные инфекционные заболевания, фотодерматозы, злокачественные новообразования или перенесенная онкология, заболевание эпилепсией, татуировки, невусы (родинки) или перманентный макияж в области лечения, наличие кардиостимулятора, дефибриллятора, или других имплантированных электронных/электрических устройств. Нарушение свертываемости крови, прием антикоагулянтов, склонность к кровотечениям и гематомам. Эндокринные патологии (диабет или заболевания щитовидной железы). Гормональные нарушения. Наличие келоидных рубцов или длительное ранозаживление, наличие обширных ожогов в анамнезе. Прием фотосенсибилизирующих препаратов (антибиотики тетрациклинового ряда, метатрексат, ретинол, препаратов изотретиноина, Роаккутан, Акнекутан, Верокутан, Сотрет и др.) в течение последних 6 месяцев. Гипопигментация (витилиго). Менее 3-4х недель после процедур химического пилинга и подобных вмешательств. Чрезмерный загар или солнечные ожоги в области лечения. Длительное пребывание на солнце или солярии менее 30- дней перед началом лечения. Беременность или кормление грудью

8. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки, также знаю, что проводится видеосъемка в процессе проведения процедуры.
9. Цель этой процедуры, как и любой косметической процедуры в улучшении, а не в достижении совершенства.
10. Окончательный результат может быть и не очевиден даже через месяцы после лечения.
11. Для получения наилучших результатов необходимо проведение полного курса терапии интенсивным импульсным источником света (лазерным).

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Подпись работника: \_\_\_\_\_