

Информированное согласие пациента (ФИО, возраст) _____

Дата заполнения _____

Фактическая дата и время проведения процедуры _____

(ФИО врача, заполнившего согласие) _____

на проведение процедуры по _____

Процедуру на аппарате _____ **компания DEKA** проводят с применением **лазерного излучения** _____ **длины волны** с целью:

- удаление нежелательных волос
- удаление рубцов, шрамов, растяжек
- омоложения лица, шеи, зоны декольте
- сокращения пор,
- лечения постакне
- улучшения текстуры кожи
- удаления пигментных образований
- удаления сосудистой патологии
- повышения тургора, упругости, эластичности кожи
- сокращение морщин (лицо, шея, декольте, кисти рук, область вокруг губ и глаз)
- выравнивание рельефа и цвета кожи
- удаление татуировок
- (другое) _____
- _____
- _____

Пациент проинформирован, и понимает цель и суть процедуры, с использованием аппарата _____, ознакомлен с ходом и регламентом выполнения предлагаемой процедуры, проинформирован о предполагаемом результате, об ожидаемой продолжительности реабилитационного периода и длительности эстетического эффекта. Владеет информацией о количестве процедур в курсе воздействия. Пациент ознакомлен с перечнем противопоказаний:

Противопоказания:

- Беременность и период лактации.
- Доброкачественные новообразования со склонностью к росту
- Злокачественные новообразования
- Диффузные заболевания соединительной ткани
- Склонность к келоидным рубцам
- Иммунодефицитные состояния
- Соматические заболевания и эндокринные расстройства в период обострения или в стадии декомпенсации
- Гематологические заболевания (гемофилия и другие формы коагулопатий)
- Наличие кардиостимуляторов
- Эпилепсия
- Воспалительный процесс в области проведения процедуры (дерматиты, псориаз, герпес и другие)
- Острые вирусные инфекции
- Нарушение целостности кожного покрова в области проведения процедуры
- Состояния, сопровождающиеся повышением температуры
- Сахарный диабет инсулинозависимые формы, диабетическая полинейропатия
- Прием некоторых фармакологических препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, гормональные средства, контрацептивы, нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты и т.д.)

- Прием фотосенсибилизирующих препаратов, и средств косметики, аромасел.
- Посещение солярия или пребывание под прямыми солнечными лучами менее 2-х недель назад
- Фотодерматоз
- Применение в зоне воздействия других малоинвазивных техник
- _____
- _____

Пациент отрицает наличие заболеваний, состояний относящихся к списку противопоказаний, осознает последствия сокрытия информации в подтверждении слов, ставит здесь свою подпись _____ расшифровка подписи _____

Пациент ознакомлен с возможными побочными эффектами и осложнениями от лазерного воздействия: сразу, после процедуры, в течение _____ периода времени, в области обработки, может появиться: покраснение кожи, геморрагии, гематомы, изменение пигментации, отек мягких тканей и ощущение жжения, стянутости, шелушения

Пациент знает, что процедура предполагает воздействие интенсивного лазерного луча на кожу и согласен на проведение процедуры в амбулаторных условиях.

Пациент проинформирован и обязуется выполнять все рекомендации данные врачом, на время восстановительного периода после процедуры.

Пациент осознает, что нарушение данной рекомендации приведет к появлению осложнений.

Пациент гарантирует, что предоставил врачу точную информацию о своем физическом и душевном здоровье, проведенных ранее процедурах, с использованием аппаратных методик, о проведенных процедурах контурной пластики, а также о наличие на лице и теле татуировок и перманентного макияжа (татуажа).

Врач имеет право отказать в проведении процедуры в связи с нецелесообразностью по состоянию здоровья пациента, или ввиду других причин _____

Пациенту разъяснена и понятна предоставленная информация, устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта.

Пациент, понимает сущность предлагаемой процедуры, и уникальность собственного организма, согласен, что 100% гарантии совпадения ожидаемого результата с результатом после проведения процедуры на аппарате _____ может не произойти

Текст прочтен, понят лично (ФИО пациента или законного представителя)

И подписан собственноручно (или законным представителем) _____ (подпись)

_____ (дата)