

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**пациента на предоставление ему медицинской услуги (курса услуг)**  
**«Контурная пластика» с использованием медицинских изделий Radiesse (A11.01.012 - Введение искусственных имплантатов в мягкие ткани)**  
**в ООО «Студия Красоты Облака»**

Пациент даёт информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление ему медицинской услуги (курса услуг) «Контурная пластика» с использованием медицинских изделий Radiesse (A11.01.012 - Введение искусственных имплантатов в мягкие ткани) (далее по тексту – Услуга) в ООО «Студия Красоты Облака» Каменск-Уральский ул. Кунавина, 2 офис 309 лицензия № Л041-01021-66/00292240: 17.04.2014 ОГРН 1076612000189

**Причины предоставления Услуги:** наличие желания Пациента, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

**Описание Услуги.** Контурная пластика – методика инъекционного омоложения методом введения в слои кожи препаратов-заполнителей (филлеров – биосинтетических прозрачных гелей неживотного (природного) происхождения) на основе гиалуроновой кислоты (в некоторых случаях основа может быть другой, например, гидроксиапатит кальция). В основе метода – введение специального состава препарата во все слои дермы посредством инъекции. Препарат является инъекционным имплантатом, предназначенным для заполнения незначительных, умеренно выраженных и глубоких провисаний кожи лица, морщин в области введения, а также для восстановления формы и объёма участка кожи в месте введения препарата. Препарат активизирует рост собственных тканей и корректирует недостатки кожного покрова. Препарат совершенно гипоаллергенен и без проблем вступает в контакт с тканями организма. Возможное включение в препарат лидокаина предназначено для уменьшения болезненных ощущений у пациента во время процедуры.

**Цели предоставления Услуги:** устранить эстетические дефекты кожных покровов; замедлить процессы старения организма; остановить симптоматические проявления и патологические изменения внешности; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

**Показания к предоставлению Услуги:** возрастные изменения; шрамы, постакне, посттравматические рубцы; глубокие носогубные складки; межбровные морщины; мимические морщинки; морщины в уголках рта, на лбу; провисание уголков рта; слезные борозды; подбородочная складка; асимметрия губ; недостаточный объём и насыщенность цвета губ; нечеткий контур губ; неэстетичная природная форма губ; опущение овала лица; нечёткие контуры лица; потеря объёма в области скул и щёк; обезвоженная кожа рук, морщины на руках.

**Противопоказания к предоставлению Услуги:** непереносимость по отношению к грамм-положительным бактериям (стрептококковая триада); использование ранее перманентных (постоянных) филлеров для проведения подобной процедуры; наличие в местах предполагаемых инъекций биодеградируемых материалов на основе полимолочной кислоты, коллагена или гидроксиапатита кальция; отторжение инородного тела организмом в прошлом; склонность к аллергическим реакциям (случаи анафилактического шока в анамнезе); тяжелые соматические заболевания и онкопроцессы; наличие в анамнезе аутоиммунных заболеваний или проведение аутоиммунной терапии; острые или хронические кожные заболевания в стадии обострения или опасное в плане стимуляции обострения; нарушение свертываемости крови в результате заболеваний (гемофилия), а также при применении антикоагулянтов (гепарин, кумарины, аспирин); склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; низкая репаративная способность кожи; психические отклонения, эпилепсия и панический страх перед иглой; сильное воздействие ультрафиолета до и после процедуры; период реабилитации после проведения процедур, агрессивно воздействующих на кожу (лазерные, химические, механические пилинги); беременность и период грудного вскармливания; пациенты в возрасте до 18 лет; наличие воспалительного или инфекционного процесса в месте инъекции; хронические заболевания в стадии обострения; ОРВИ.

**Иные противопоказания к предоставлению Услуги** обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

**Рекомендованный курс предоставления Услуг:** 1-3 сеанса с интервалом в 1 месяц.

**Риски при предоставлении Услуги:** несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких недель; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции;

временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

**Альтернативные варианты предоставления Услуги.** Пациент подтверждает, что до принятия решения о предоставлении ему данной Услуги, он ознакомлен с предложенными ему альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Согласии. Он осознанно выбирает данную Услугу из числа предложенных и согласен на её предоставление.

**Предполагаемый результат предоставления Услуги.** Пациент согласен с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

**Возможные побочные реакции после предоставления Услуги:**

- легкое покраснение (эритема) в месте введения препарата – реакция на введение препарата (проходит самостоятельно вскоре после окончания процедуры);
- уплотнения в месте инъекции – реакция гиперчувствительности (могут появиться через несколько дней или несколько недель после инъекции гиалуроновой кислоты);
- локальный отек, зуд, болезненность при надавливании (проходит в течение 1 недели);
- повышенная чувствительность на месте инъекции (аллергия на компонент препарата);
- нарушение пигментации в месте инъекции.
- гипо- и гиперкоррекция, неравномерное распределение, эффект Тиндаля;
- гематомы;
- возникновение отсроченных аллергических реакций.
- инфекционные осложнения (биоопленка);

- активация вируса герпеса;
- абсцесс;
- эмболия и внешнее сдавление сосудов препаратом периорбитальной зоны;
- гравитационное опущение геля и нарушение формы скуловых областей лица.
- ишемизация и некроз тканей – связано с сосудистым руслом.

Пациент проинформирован, что эстетический эффект от применения медицинского изделия сохраняется до 12 месяцев в зависимости от состояния кожи, области введения, количества введённого медицинского изделия, техники инъекции и образа жизни Пациента.

Пациент информирован, что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений, включая ожог, перманентное обесцвечивание, выраженная пигментация и рубцы. Пациенту известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

**Анестезия.** Пациенту разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение аппликационной, инъекционной или проводниковой анестезии. Пациент проинформирован об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен на её применение. **Рекомендации после предоставления Услуги** предоставлены Пациенту в полном объёме Пациент понимает, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье пациента.

**Вариативность Услуги в процессе её предоставления.** Пациент предупреждён и согласен с тем, что объём манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объёма корректируется во время предоставления Услуги врачом. В случае необходимости корректировки Услуги или предоставления другой медицинской услуги Пациент доверяет своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми.

**Информация о своём здоровье.** Пациент поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных с здоровьем пациента, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных пациентом и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности.

Пациент сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Пациент понимает, что выполнение данной процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Пациент утверждает, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к процедуре, о которых ему сказал лечащий врач, у пациента нет.

Пациент признаёт, что он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство.

**Информирование об услуге.** Пациент в полной мере проинформирован об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей услуге, пациент подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на её предоставление. Настоящее согласие совершено пациентом по собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии услугу.

Пациент имел возможность задать своему лечащему врачу все интересующие пациента вопросы. Пациенту даны исчерпывающие ответы на все заданные пациентом вопросы. Данное согласие является подтверждением обсуждения пациента с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Пациент подтверждает, что до подписания Договора на предоставление платных медицинских услуг он прочитал и понял всю представленную ему информацию.

Пациент согласен, что при смене лечащего врача или специалиста, предоставляющего ему услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обеим сторонам подписание нового Договора и принятие нового согласия не требуется.

**Обращение в стороннее медицинское учреждение.** Пациент согласен с тем, что в период проводимого лечения без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма, осложнений – исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную услугу.

**Сроки осмотра.** Пациент информирован о том, что в течение трёх дней после предоставленной ему Услуги он должен явиться на плановый осмотр врачу Клиники, а также на контрольный осмотр к своему лечащему врачу, дату которого устанавливает последний. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после предоставления Услуги и претензий к результату предоставленной Услуги Пациент является на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

Я \_\_\_\_\_  
даю согласие на проведение контурной пластики препаратом Radiesse  
врачом М.А. Абрамовой

Беседу провел врач-косметолог М.А. Абрамова \_\_\_\_\_