

Республика Казахстан, Алматы, улица Рахмадиева, 4 к7, ЖК «Наурыз 2»

Тел. +7 701 948 27 08, +7 777 277 39 39

E-mail: info@promoitalia.kz, www.promoitalia.kz

Согласие пациента на процедуры лазерной эпиляции на аппарате Candela Gentle Lase Pro-U (США)

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на процедуру лазерной эпиляции полную информацию о природе, механизме действия об их эффективности и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Ф.И.О. пациента _____

дата и год рождения пациента _____

адрес, телефон пациента _____

1. Я, (Ф.И.О. пациента) _____, уполномочиваю доктора _____ (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне процедуру лазерной эпиляции. Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял (а).
2. Я понимаю, что эстетическая медицина – это не точная наука и что даже авторитетный специалист не может дать 100% гарантию успеха лечения. Поэтому Врач, так же как и любой другой специалист, не может мне гарантировать достижение отличного результата.
3. Мне известно или не известно о моей светочувствительности (подчеркнуть)
4. Я понимаю, что существует редкая возможность побочных эффектов или серьезных осложнений, включая перманентное обесцвечивание, **гипопигментацию** и рубцы. Мне известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет исключить эту возможность
5. Я понимаю приведенный ниже список краткосрочных эффектов и согласен следовать соответствующим рекомендациям:
 - Дискомфорт - в ходе процедуры и краткое время после нее я могу ощущать зуд, степень которого варьируется в зависимости от густоты волос, чувствительности зоны и используемого аппликатора, но он длится недолго. В течение 1-2 часов после процедуры кожа может побаливать, как при легком солнечном ожоге. Это ощущение можно облегчить с помощью охлаждающих и успокаивающих кремов;
 - Околофолликулярная эритема/отек - тяжесть и продолжительность сыпи зависит от интенсивности процедуры и чувствительности области, подлежащей обработке. Эти явления можно уменьшить с помощью охлаждающих и/или противовоспалительных кремов;
 - Небольшая корочка в местах с очень густой и жесткой растительностью - должна отшелушиться в течение 5-10 дней. Важно не трогать и не срывать ее, так как это может привести к образованию рубцов;
 - В редких случаях может **развиться кровоподтек, потемнение, гипопигментация, которые могут держаться до нескольких дней**;
 - Я понимаю, что пребывание на солнце или загар любого вида противоречат инструкциям, которым необходимо следовать до и после процедуры, и они могут повысить риск осложнений;
 - Сама процедура, а также потенциальные преимущества и риски, были подробно разъяснены мне, и я получил/а ответы на все мои вопросы на эту тему.
 - Я уведомлен(а) о том, что согласно п. 8 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» пациент обязуется выполнять все предписания, назначенные при получении медицинской и лекарственной помощи на амбулаторном уровне, согласно заключенному с Клиникой договору
 - Я даю согласие на фотоснимки, которые будут сделаны в целях документации моего прогресса и реакции на лечение, и будут храниться исключительно в моей медицинской карте;
 - Я даю согласие на использование фотографий в целях медицинского образования или публикации с применением соответствующих мер конфиденциальности в отношении моей личности;
- Инструкции, которым необходимо следовать до и после процедуры, были обсуждены и они полностью мне ясны.
- Я, удостоверяю, что ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на процедуры лазерной эпиляции.

При подписании настоящего документа пациент подтверждает, что в дееспособности не ограничен(а), не находится в состоянии наркотического, токсического, алкогольного опьянения, по состоянию здоровья может осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, не страдает заболеваниями, могущими препятствовать осознанию сути подписываемого документа. А также подтверждает, что не находится под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения или стечения тяжелых обстоятельств.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Подпись врача _____

Қазақстан Республикасы, Алматы, улица Рахмадиева, 4 к7, ЖК «Наурыз 2»

Тел. +7 701 948 27 08, +7 777 277 39 39

E-mail: info@promoitalia.kz, www.promoitalia.kz

Candela Gentle Lase Pro-U (АҚШ) аппаратында лазерлік эпиляция процедурасын жасауға емделушінің келісімі

Бұл құжаттың мақсаты - емделушіге ол лазерлік эпиляция процедурасын жасауға келісімін растағанына дейін табиғаты, әрекет ету механизмі туралы, олардың тиімділігі туралы және осы емдеу түрінде пайда бола алатын асқынулар туралы толық ақпарат беру.

пациенттің Т.А.Ә.

пациенттің туған күні мен жылы

пациенттің мекен-жайы, телефоны

1. Мен (пациенттің Т.А.Ә) дәрігерге (әрі қарай - Дәрігер) және оның көмекшілеріне маған лазерлік эпиляция процедурасын жасауға уәкілеттік беремін. Процедураның мазмұнын және нәтижелерін, ықтимал қауіптерді және асқынуларды, сонымен қатар баламалы емдеу әдістерінің мүмкіндіктерін Дәрігер маған толық түсіндірді, және мен оларды толығымен түсіндім.
2. Мен эстетикалық медицина - дәл ғылым емес екенін және тіпті беделді маман да емдеудің жүз пайыздық сәттілікке кепілдігін бере алмайтынын түсінемін. Сондықтан Дәрігер, дәл солай кез келген басқа хирург, маған үздік нәтижеге жетуіне кепілдік бере алмайды.
3. Менің жарықсезгіштігім туралы мен білемін немесе білмеймін (сызыңыз)
4. Мен жанама әсерлер немесе маңызды асқынулар, оның ішінде үздіксіз түссіздендіру және тыртықтар болу сирек мүмкіндігі бар екенін түсінемін. Мен ұсыныстарды қатаң орындау осы мүмкіндікті болдырмауға көмектесетінін білемін.
5. Мен төменде келтірілген қысқарған әсерлер тізімін түсінемін және тиісті ұсыныстарды орындауға келісемін:
 - Қолайсыздық - процедура жасау барысында және одан кейін қысқа уақыт ішінде мен дәрежесі шаштың қалыңдығына, аймақтың сезгіштігіне және пайдаланылатын аппликаторға қарай түрленетін қышу сезуім мүмкін, бірақ ол ұзаққа созылмайды. Процедура жасағаннан кейін бір сағат ішінде тері жеңіл күн күйген сияқты ауыруы мүмкін. Бұл сезімді салқындауыш және тыныштандыратын кремдер көмегімен жеңілдетуге болады.
 - Фолликула маңындағы эритема/ісіну - бөртпенің ауырлығы және ұзақтығы процедураның қарқындылығынан және өңдеуге жататын аймақтың сезгіштігіне байланысты. Бұл құбылыстарды салқындататын және/немесе қабынуға қарсы кремдер көмегімен азайтуға болады.
 - Өте қалың және қатты шашы бар орындардағы кішкене қабықша - 5-10 күн ішінде түлеп түсуге тиіс. Оған тимеу және оны жұлмау өте маңызды, өйткені бұл тыртықтар пайда болуға келтіру мүмкін.
 - Сирек жағдайларда қанды сүйел нығайып бірнеше күнге дейін тұру мүмкін.
 - Мен күннің астында болу және кез келген түріндегі күнге күйу процедураның алдында және кейін орындалуға қажетті нұсқаулықтарға қайшы болатынын, және олар асқынулар пайда болу кәтерін арттыра алатынын түсінемін
 - Процедураның өзі, сонымен қатар әлеуетті артықшалықтары мен қатерлері, маған толық түсіндірілді, және мен осы тақырыптағы менің сұрақтарыма жауаптар алдым.
 - Мен, ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің 92 бабының 8 тармағына сәйкес пациент Клиникамен жасалған шартқа сәйкес амбулаториялық деңгейде медициналық және дәрілік көмек алу кезінде тағайындалған барлық нұсқамаларды орындауға міндетті екеніне хабардармын.
 - Мен менің ілгерілігімді және емдеуге реакцияны құжаттау мақсатында жасалатын, және тек қана менің медициналық қартамда сақталатын фотосуреттерді түсіруге келісім беремін
 - Мен жеке тұлғама қатысты тиісті құпиялылық шараларын қолданып медициналық білім немесе жариялау мақсатында фотосуреттерді пайдалануға келісім беремін.
 - Процедураға дейін және процедурадан кейін қадағалауға қажетті нұсқаулар талқыланды және олар маған толық түсінікті.
 - Мен, жоғарыда келтірілген ақпаратпен танысқанымды, маған берілген түсініктер мені толық қанағаттандыратынын, және мен осы құжаттың тағайындалуын толық түсінетінімді куәландырамын және лазерлік эпиляция процедурасына өз келісімімді беремін.

Осы құжатқа қол қою кезінде пациент, іс-әрекетке қабілеттілігі шектелмеген, есірткілік, токсикалық, алкогольді мас күйінде емес, денсаулық күйі бойынша өз құқықтарын іске асыра алатынын және қорғай алатынын және міндеттерді орындай алатынын, қол қойылатын құжаттың мәнін түсінуге кедергі келтіруі мүмкін аурулармен ауырмайтынын растайды. Сонымен қатар жаңылысу, алдау, зорлау, қауіп төндіру, арам ниетті келісу немесе ауыр жағдайлардың өтуі әсерінде емес екенін растайды.

Күні «___» _____ 20__ ж.

Пациенттің Т.А.Ә. және қолы _____

Дәрігердің қолы _____

Republic of Kazakhstan, Almaty, Rakhmadiyev Street, 4, Building 7, Residential Complex "Nauryz 2"

Tel. +7 701 948 27 08, +7 777 277 39 39

E-mail: info@promoitalia.kz, www.promoitalia.kz

Patient's consent to laser hair removal procedures on Candela Gentle Lase Pro-U (USA)

The purpose of this document is to provide the patient with complete information about the nature, the mechanism of action on their effectiveness and the complications that may occur with this type of treatment, until they confirm their consent to the laser hair removal procedure.

FULL NAME. the patient

date and year of birth of the patient

address, telephone number of the patient

1. I, (Patient's name) _____, authorize the doctor _____ (hereinafter - the Physician) and his assistants to perform the procedure for laser hair removal. The content and results of the procedure, the possible dangers and complications, as well as the possibilities of alternative therapies, are fully explained to me by the Doctor, and I fully understood them (a).

2. I understand that aesthetic medicine is not an exact science and that even an authoritative specialist can not give a 100% guarantee of the success of treatment. Therefore, the Doctor, as well as any other specialist, can not guarantee me the achievement of an excellent result.

3. I know or are not aware of my photosensitivity (underline)

4. I understand that there is a rare possibility of side effects or serious complications, including permanent discoloration and scars. I know that strict adherence to the recommendations will help to exclude this possibility

5. I understand the list of short-term effects listed below and agrees to follow the relevant recommendations:

- Discomfort - during the procedure and a short time after it I can feel an itch, the degree of which varies depending on the thickness of the hair, the sensitivity of the zone and the applicator used, but it does not last long. Within an hour after the procedure, the skin may ache a bit like a light sunburn. This sensation can be alleviated with the help of cooling and soothing creams;
- Perifollicular erythema / edema-severity and duration of the rash depends on the intensity of the procedure and the sensitivity of the area to be treated. These phenomena can be reduced with the help of cooling and / or anti-inflammatory creams;
- A small crust in places with very dense and hard vegetation - should peel off within 5-10 days. It is important not to touch or tear it, as this can lead to the formation of scars;
- In rare cases, a bruise may develop and stay up to several days;
- I understand that staying in the sun or tan of any kind is contrary to the instructions that must be followed before and after the procedure, and they can increase the risk of complications;
- The procedure itself, as well as the potential benefits and risks, were explained to me in detail, and I received / and answers to all my questions on this topic.
- I am notified that, according to clause 8 of article 92 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On the health of the people and the health care system", the patient undertakes to comply with all the prescriptions prescribed when receiving medical and medicinal care at the outpatient level, in accordance with the agreement concluded with the Clinic
- I agree to photographs that will be taken to document my progress and response to treatment, and will be stored solely on my medical record;
- I consent to the use of photographs for medical education or publication using appropriate confidentiality measures for my personality;

• Instructions that must be followed before and after the procedure have been discussed and they are completely clear to me.

• I certify that I have read the information above that the explanations received by me fully satisfy me, and that I fully understand the purpose of this document, and I confirm my consent to laser hair removal procedures.

When signing this document, the patient confirms that he is not restricted in his legal capacity (a), is not in a state of narcotic, toxic, alcoholic intoxication, can, for health reasons, exercise and protect his rights and fulfill his duties, does not suffer from diseases that might impede awareness of the essence of the document being signed. And also confirms that it is not under the influence of delusion, deception, violence, threat, malicious agreement or confluence of difficult circumstances.

The date " ____ " _____ 20 ____ g.

FULL NAME. and patient's signature _____

Doctor's signature _____