

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 коррекции пигментных поражений на аппарате VBeam (США)

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на процедуру себорейный кератоз, солнечное лентиго 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 по удалению пигмента. 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 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 от объема процедуры, чувствительности зоны, но он длится недолго. В течение часа 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 обильного скопления пигмента 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 развиваться кровоподтек и держаться до нескольких дней;
  - При работе с пигментными образованиями в области волосяного покрова есть вероятность повреждения, вплоть до полного отсутствия.
  - 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; Необходимо использовать солнцезащитный крем с СПФ фактором 50+.
  - 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 процедуру по удалению пигмента.

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 \_\_\_\_\_