

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

Информированное согласие пациента на косметологическую манипуляцию (биоревитализация).

Я, _____,
(фамилия имя отчество)

уполномочиваю врача дерматокосметолога выполнить мне манипуляцию (процедуру)

_____.
(название препарата и область введения)

Эффект от введения биodeградируемых материалов длится от нескольких месяцев до полутора лет, достигается за счет объема имплантата, а так же за счет усиления синтеза зрелого коллагена в области имплантации. Мне была предоставлена в понятном для меня виде информация относительно моего косметологического недостатка и альтернативных методах косметологической и (или) хирургической коррекции.

Мне также была предоставлена возможность задавать интересующие меня вопросы по поводу предстоящей манипуляции (процедуры), получать на них ответы в доступной для понимания форме.

Я понял(а) цель и характер предстоящей манипуляции (процедуры). У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врача, выполняющего предстоящую манипуляцию (процедуру).

Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после манипуляции (процедуры) для сравнительной оценки результатов, понимая, что эти фотографии останутся собственностью центра. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

С назначениями в период после манипуляции (процедуры) ознакомлен(а) _____.

Обязуюсь выполнять все рекомендации точно, самостоятельно и не применять методов и медикаментов, не назначенных врачом.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе манипуляции (процедуры), я согласен(а) на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача дерматокосметолога, целесообразны в таком случае. И посещать контрольный осмотр и процедуры в назначенное время, а также **в соответствии с п. 5 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них.**

Обязуюсь нести ответственность по назначенному мне домашнему уходу.

Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению врача. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии и процедуры. В этом случае я не буду иметь претензий к центру.

Я проинформировала врача:

об известных мне аллергических реакциях на: _____

о применяемых медицинских препаратах: _____

о наличии у меня хронических заболеваний: _____

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры - жжения, покалывания, онемения, распирания, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, образование гематомы, синяков, гиперемии, аллергических реакций.

Подпись пациента _____

Особенности восстановительного периода.

1. Сразу после процедуры возможны: гематомы, умеренный отек, гиперемия и болезненность в области инъекции в течение 24-72 часов.

2. Возможна индивидуальная гиперчувствительность на введенный материал. Это периодические рецидивирующие покраснения, отеки над и вокруг места введения, которые провоцируются

менструацией, пребыванием на солнце, переохлаждением или приемом некоторых лекарственных препаратов.

3. Среди осложнений следует отдельно выделить те, которые связаны с невыполнением рекомендаций врача. Сюда относятся: инфицирование области имплантации при несоблюдении личной гигиены, пигментация кожи над имплантатом в случае избыточной инсоляции в солярии или на солнце сразу после процедуры,

воспаление, спровоцированное посещением бани, сауны, проведением физиопроцедур сразу после инъекции.

- онкология в стадии обострения,
- кожные заболевания в стадии обострения,
- герпес в активной форме,
- СПИД,
- гепатит,
- беременность, кормление грудью,
- психические расстройства, эпилепсия,
- неконтролируемая артериальная гипертензия

Я предупреждена, что противопоказаниями для контурной пластики являются:


- плохая свертываемость крови,
- сахарный диабет,
- склонность к образованию келлоидных рубцов,
- простуда, повышенная температура тела,

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы и центр не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщила или не знала о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.

Я ознакомлен(а) с планом введения геля, особенностями восстановительного периода, возможными осложнениями, полностью осознаю содержание и назначение данного документа, даю свое согласие на введение филлера, обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, Я полностью понимаю назначение данного документа, подтверждающего свое согласие на манипуляцию (процедуру).

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

Место для стикера препарата		Комментарии врача
		

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

Косметологиялық манипуляция (биоревитализация) жасауға емделушінің хабардар келісімі.

Мен, _____,

(тегі аты әкесінің аты)

дерматокосметолог дәрігерге маған манипуляция (процедура) жасауға уәкілеттік беремін

_____ (препараттың аты және енгізу орны)

Биотозатын материалдарды енгізуден шығатын әсер бірнеше айдан бір жарым жылға дейін созылады, имплантат көлемі есебінен, сондай-ақ имплантация орнындағы толған коллагеннің синтезі күшейтілуі есебінен жеткізіледі.

Маған менің косметологиялық жетіспеушілігім және косметологиялық және (немесе) хирургиялық түзетудің баламалы әдістері жөніндегі ақпарат маған түсінікті түрінде берілді.

Сонымен қатар маған алдағы манипуляция (процедура) жайында мені қызықтыратын сұрақтар сұрау, оларға түсінуге оңай түрінде жауап алу мүмкіндігі берілген болатын.

Мен алдағы манипуляцияның (процедураның) мақсатын және сипатын түсіндім. Менде алдағы манипуляцияны (процедураны) жасайтын дәрігердің біліктілігіне сенбеуге және күмәндануға еш негіздер жоқ.

Манипуляцияның (процедураның) алдында және одан кейін нәтижелерді салыстырмалы бағалау үшін бақылау фотосурет түсіруге, бұл фотосуреттер орталықтың меншігінде қалатынын түсіне отырып, өз келісімімді беремін. Клиника осы фотосуреттерді кез келген кейінгі пайдаланған кезінде менің атымды атап өтпейтіні маған түсіндірілді.

Манипуляциядан (процедурадан) кейінгі мерзімдегі тағайындалулармен таныстым _____.

Барлық ұсыныстарды дәл, өздігінен орындауға және дәрігер тағайындамаған әдістер мен дәрі-дәрмекті қолданбауға міндеттенемін.

Манипуляция (процедура) барсында күтпеген жағдайлар, асқынулар пайда болған жағдайда, мен тек дерматокосметолог дәрігердің пікірінше мұндай жағдайда лайықты болатын шаралар қолдануға келісемін. Және тағайындаған уақытта бақылау қарауына және процедураларға баруға келісемін, сондай-ақ ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің 92 бабының 5 тармағына сәйкес диагностика мен емдеу процесінде, сондай-ақ айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулар не оларға күдік пайда болған жағдайларда, өз денсаулығы жай-күйінің өзгерісі туралы медицина қызметкерлерін уақтылы хабардар етуге міндеттімін.

Маған тағайындалған үй күтімі бойынша жауапкершілік көтеруге міндеттенемін.

Мен анестезияны дәрігердің қарауынша әдіспен, тәсілмен және дәрі-дәрмектерді қолданумен жүргізуге келісім беремін. Мен анестезия және процедура жүргізгенде пайдаланылатын заттарға жанама реакциялар пайда болатынын түсінемін. Бұл жағдайда мен орталыққа наразылық білдірмеймін.

Мен дәрігерге хабарладым:

мен білетін аллергиялық реакциялар туралы: _____

қолданылатын медициналық препараттар туралы: _____

менде жұқпалы аурулар бар болғаны туралы: _____

Мен процедура жүргізген уақытта ауруды сезінулер - күю, шаншу, ұйып қалу, тысыраю, басқа жағымсыз сезінулер, сонымен қатар уақытша іскендік, гематома пайда болу, терінің көгеруі, гиперемия, аллергиялық реакциялар түрінде процедураға реакциялар болуы мүмкін.

Емделушінің қолы _____

Қалпына келу мерзімінің ерекшеліктері.

1. Процедурадан кейін бірден болу мүмкін: 24-72 сағат ішінде инъекция орнында гематомалар, біркелкі ісу, гиперемия немесе ауырғандық.

2. Енгізілген материалға жеке гиперсезгіштік болу мүмкін. Бұлар етеккір, күнде болу, аса тоңазыту немесе кейбір дәрілік препараттарды қабылдау қоздыратын енгізу

орны үстінде немесе айналасындағы дүркін-дүркін қайталанатын қызарулар, ісінулер.

3. Асқынулар арасынан дәрігердің ұсыныстарын орындамауына байланыстыларын бөлек атап өтуге тиіс.

Оларға жататындар: жеке гигиенасын орындамағанда имплантация орнының індет жұқтыру, процедурадан кейін бірден солярийде немесе күн астында артық инсоляция жағдайында имплантат үстіндегі терінің пигменттеуі,

инъекциядан кейін бірден моншаға, саунаға бару, физиопроцедура жасау қоздырған қабыну.

- асқыну сатысындағы тері аурулары,
- белсенді түріндегі герпес,
- ЖҚТБ,
- гепатит,
- жүктілік, емізу,
- психикалық бұзылыстар, эпилепсия,
- бақыланбайтын артериялық гипертензия

Маған контурлық пластикаға қарсы көрсетім келесілер болатындар туралы ескертгі:


- қанның нашар ұйығыштығы,
- қант диабеті,
- коллоидты тыртықтар пайда болуға беймділік,
- суық тию, дененің жоғарылаған температурасы,
- асқыну сатысындағы онкология,

Мен, аталған, сонымен қатар осында аталмаған ықтимал қарсы көрсетімдер менен ақша және уақыт шығындарын, ықтимал жұмыстан босатуын талап ететіндей асқынуларға дұшар етуі және қосымша хирургиялық, емдеу, диагностикалық процедураларға келтіруі мүмкін екенін түсінемін, және егер мен өз қарсы көрсетімдерім туралы хабарламай немесе білмей тұрып дегенмен процедураға өз келісімімді берсем, орталық асқынулар пайда болған жағдайда жауапкершілік көтермейді.

Мен гельді енгізу жоспарымен, қалпына келтіру кезеңі ерекшеліктерімен, ықтимал асқынулармен таныстым, осы құжаттың мазмұнын және мақсатын толық сезінемін, филлерді енгізуге өз келісімімді беремін, дәрігердің барлық ұсыныстарын орындауға міндеттенемін.

Мен алған түсініктер мені толығымен қанағаттандырады, Мен манипуляцияға (процедураға) өз келісімімді растайтын осы құжаттың мақсатын толық түсінемін.

Мен осы құжатты оқығанымды және маған түсіндірілгенін және оның мазмұны маған түсінікті болғанын растаймын. Процедурадан кейінгі кезеңде ұсынылатын тәртіп туралы жадынаманы мен алдым, оқыдым, ол маған түсіндірілді және түсінікті.

Препараттың стикеріне арналған орын		Дәрігердің түсініктемелері

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.

Емделушінің Т.А.Ә. және қолы _____
Дәрігердің қолы _____