

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 (интимной контурной пластики).

Я, _____,
(фамилия имя отчество)

уполномочиваю врача дерматокосметолога выполнить мне манипуляцию (процедуру)

_____.
(название препарата и область введения)

Методика инъекционной интимной контурной пластики позволяет восполнить дефицит мягких тканей путем введения импланта.

Эффект от введения биodeградируемых материалов длится от нескольких месяцев до года, 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).

Показания к проведению интимной пластики:

Медицинские показания:

- асимметрия половых губ;
- деформация половых губ, (посттравматические, постоперационные, послеродовые разрывы);
- зияние половой щели вследствие недостаточно выраженных половых губ (гипоплазия, аплазия);
- дефекты промежности (анатомические, посттравматические, послеродовые, врожденные);
- сухость слизистой (ксероз);

Эстетические показания:

- снижение тонуса кожи;
- дряблость и провисание мягких тканей промежности, стенок влагалища вследствие возрастных инволюционных изменений;
- липодистрофия больших половых и малых губ.
- Улучшение качества сексуальной жизни:
- психологический дискомфорт и сниженная самооценка,
- недостаточное достижение сексуального удовлетворения,
- сниженное либидо.

Противопоказания к применению интимной контурной пластики:

- Аутоиммунные заболевания;
- Беременность;
- Грудное кормление;
- Склонность к развитию гипертрофических рубцов;
- Острые воспалительные процессы в местах предполагаемой инъекции;
- Наличие перманентных филлеров.

Постпроцедурный период:

- не посещать бани, сауны, бассейны, солярии в течение 2-3 недель;
- ограниченные физические нагрузки в течение 10 дней;
- в течение 2 недель воздерживаться от половой близости;
- строго соблюдать все рекомендации косметолога.

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

Обязуюсь выполнять все рекомендации точно, самостоятельно и не применять методов и медикаментов, не назначенных врачом. Согласно п. 8 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» обязуюсь выполнять все предписания, назначенные при получении медицинской и лекарственной помощи на амбулаторном уровне, согласно заключенному с Клиникой договору

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.

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.

В соответствии с п. 5 статьи 92 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», пациент обязуется 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.

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.

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.

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 _____

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

**Емделушінің косметологиялық манипуляцияға
(жыныстық контурлық пластикасын) жасауға хабардар келісімі.**

Мен, _____,

(тегі аты әкесінің аты)

дерматокосметолог дәрігерге маған манипуляция (процедура) жасауға уәкілеттік беремін

(препараттың аты және енгізу орны)

Инъекциялық жыныстық контурлық пластика әдістемесі жұмсақ тіндер жетімсіздігін имплантатты енгізу жолымен толықтыруға мүмкіндік береді.

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 сенбуге және күмәндануға еш негіздер жоқ.

Оңаша пластиканы жасауға көрсетімдер:

Медициналық көрсетімдер:

- жыныс ернеулерінің асимметриясы;
- жыныс ернеулерінің деформациясы, (жарақаттан кейінгі, отадан кейінгі, босанудан кейінгі жарылулар);
- жеткілікті анық көрінбеген жыныс ернеулері салдарынан жыныс саңылауының үңіреюі (гипоплазия, аплазия);
- бұт арасының дефектілері (анатомиялық, жарақаттан кейінгі, босанудан кейінгі, туа біткен);
- шырышты қабықтың құрғақтығы (ксероз);

Эстетикалық көрсетімдер:

- тері тонусының төмендеуі;
- жас инфолюциялық өзгерістері салдарынан бұт арасының жұмсақ тіндерінің, қынап қабырғаларының бостығы және салбырауы;
- үлкен және кіші жыныс ернеулерінің липодистрофиясы.
- Сексуалды өмір сапасының жақсаруы:
- психологиялық жайсыздық және өзін-өзі төмендете бағалау,
- сексуалды қанағатандыруға жеткіліксіз жету,
- төмендетілген құмарту (либидо).

Жыныстық контурлық пластиканы қолдануға қарсы көрсетімдер:

- Аутоиммундық аурулар;
- Жүктілік;
- Емізу;

- I гипертрофиялық тыртықтардың дамуына бейімділік;
- Болжалды инъекция жасау орындарындағы асқындаған қабыну процестері;
- Үздіксіз филлерлердің бар болуы.

Процедурадан кейінгі кезең:

- моншаларға, сауналарға, бассейндерге, солярийлерге 2-3 апта ішінде бармау;
- 10 күн ішінде денеге шектелген ауыр түсіру;
- 2 апта ішінде жыныстық жақындықтан бас тарту;
- косметологтың барлық ұсыныстарын қатаң орындау.

Манипуляциядан (процедурадан) кейінгі мерзімдегі тағайындалулармен таныстым _____.

Барлық ұсыныстарды дәл, өздігінен орындауға және дәрігер тағайындамаған әдістер мен дәрі-дәрмекті қолданбауға міндеттенемін. ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің 92 бабының 8 тармағына сәйкес Клиникамен жасалған шартқа сәйкес амбулаториялық деңгейде медициналық және дәрілік көмек алу кезінде тағайындалған барлық нұсқамаларды орындауға 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.

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.

ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің 92 бабының 5 тармағына сәйкес пациент 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 міндетті.

Мен дәрігерге хабарладым:

мен білетін аллергиялық реакциялар туралы: _____

қолданылатын медициналық препараттар туралы: _____

менде жұқпалы аурулар бар болғаны туралы: _____

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

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 көтермейтінін түсінемін.

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.

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 _____