

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 процедуру по телу на аппарате VELA SHAPE III

Пациент _____

(Ф.И.О.)

Зоны воздействия _____

VelaShape III — это первый комплексный неинвазивный медицинский аппарат, рекомендованный FDA (Администрация по пищевым продуктам и лекарственным препаратам в США). Он прекрасно подходит для уменьшения объемов, контурирования тела, удаления целлюлита. Это единственный медицинский аппарат, который объединяет 4 технологии для лечения целлюлита и уменьшения объема, и обеспечивающая достаточное проникновение тепловой энергии в жировые ткани в области воздействия. Во время антицеллюлитного массажа VelaShape III на кожу одновременно воздействуют: инфракрасные лучи (IR), которые разогревают ткани до 3 мм.; биполярная радио частота (RF), которая разогревает ткани до 15 мм.; технология вакуумного массажа позволяет тепловой энергии достичь необходимые ткани: вакуум и специально предназначенные массажные валики выравнивают кожу.

Я понимаю, что целью настоящей процедуры является улучшение упругости кожи, коррекции фигуры, лечение поверхностного целлюлита.

Я осознаю, что при проведении данной процедуры существует риск развития следующих осложнений: геморрагическая сыпь, припухлость, покраснение, кровоподтеки, поверхностных ожогов и волдырей, изменение пигментации кожи, и прочие осложнения с индивидуальной особенностью организма.

Я признаю, что одной процедуры может быть недостаточно для полного устранения жировых отложений, устранения целлюлита, подтяжки кожи. Индивидуальный ответ на терапию может варьироваться в зависимости от выраженности подкожно-жировой клетчатки, типа кожи, тургор кожи, возраста, последующего ухода и зависит от особенностей участка тела, на котором оказывается воздействие индивидуальная реакция на лечение.

Я понимаю, что процедура Vela Shape III, позволяет эффективно нагреть как верхние, так и глубокие слои кожи, улучшение обмена веществ жировых клеток способствует уменьшению объема. ИКИ вместе с РЧ выполняют функции подтяжки. Vela Shape III оборудована двумя аппликаторами с вакуумным насосом, который обеспечивает гораздо более тесное взаимодействие обрабатываемой зоны и источника тепла. Один из аппликаторов включает также массажные валики, которые как дополнительный фактор механическим воздействием помогают лечить целлюлит на животе, ягодицах и бедрах, а также улучшают микроциркуляцию и способствуют оттоку лимфы проработанной зоны.

Я также даю разрешение на использования любых фотографий или видеокассет с моим изображением в учебных целях или для публикации, если в этом возникнет необходимость, за исключением тех случаев, когда я заблаговременно, до публикации, передам письменное уведомление доктору с просьбой не использовать эти фотографии. Эти материалы могут быть важной частью Ваших клинических записей.

Я знаю что обязана поставить в известность врача о всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе аллергических проявлений и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я уведомлен(а), о том что согласно 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 подтверждаю что мне в доступной для меня форме разъяснены цели и методы проведения процедуры и связанные с ней риски и последствия и в том числе вероятность осложнений, а также располагаемые результаты от терапии. Мне достаточно полученной информации что бы дать информированное согласие на данную процедуру. На заданный мне вопрос, интересуют ли меня какие-либо дополнительные сведения о данной процедуре, я отвечаю отрицательно. Я осознаю суть процедуры, а также риски, и принимаю их, я прошу доктора или другого квалифицированного сотрудника применить ко мне эту процедуру.

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

Данный документ был мною прочитан, даны разъяснения, содержание мне понятны.

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

Пациенттің VELA SHAPE III аппаратында дене бойынша процедураларға келісімі

Пациент _____

(аты-жөні)

Әсер ету аймағы _____

VelaShape III — бұл FDA (АҚШ-та тамақ өнімдері мен дәрілік препараттар бойынша әкімшілік) ұсынған алғашқы кешенді инвазиялық емес медициналық аппарат. Ол көлемді кішірейтуге, денені контурлауға, целлюлитті жоюға арналған. Бұл целлюлитті емдеу және көлемді кішірейту үшін 4 технологияны біріктіретін жалғыз медициналық аппарат болып табылады және жылу энергиясының әсер ететін жердегі май ұлпаларына жеткілікті енуін қамтамасыз етеді. VelaShape III антицеллюлиттік уқалау кезінде теріге бір мезгілде: ұлпаларды 3 мм дейін қыздыратын инфрақызыл сәулелер (IR); ұлпаларды 15 мм дейін қыздыратын биполярлы радио жиілік (RF) әсер етеді; вакуумдық уқалау технологиясы жылу энергиясыны қажетті ұлпаларға жетуін қамтамасыз етеді: вакуум және арнайы тағайындалған уқалау білікшелері теріні тегістейді.

Мен, осы процедураның нақты мақсаты тері серпімділігін жақсарту, дене пішінін түзету, беттік целлюлитті емдеу болып табылатынын түсінемін.

Мен, бұл процедураны жүргізген кезде келесі асқынулардың: геморрагиялық бөрту, ісіну, қызару, қанталау, беттік күю мен күлбіреу, тері пигментациясының өзгеруі даму тәуекелдері және басқа ағзаның жеке ерекшеліктеріне байланысты асқынулар болатынын түсінемін.

Мен, бір процедура жиналған майды толдық жою, целлюлитті жою, теріні тарту үшін жеткіліксіз екенін келісемін. Терапияға жеке жауап тері асты-май жасуының айқындығы, тері типі, тері тургоры, жасы, одан кейінгі күтімге байланысты өзгеруі мүмкін және емдеуге жеке реакциясының әсер ететін дене бөлігінің ерекшеліктері тәуелді.

Мен, Vela Shape III процедурасы терінің жоғарғы, сол сияқты терең қабаттарын тиімді қыздыруға мүмкіндік беретінін, май жасушалары зат алмасуының жақсаруы көлемнің кішіреюіне ықпал ететінін түсінемін. ИҚС РЖ бірге тарту қызметін атқарады. Vela Shape III вакуумдық сорғысы бар екі аппликатормен жабдықталған, ол өңделетін аймақтың және жылу көзінің өте тығыз өзара қатынасын қамтамасыз етеді. Аппликатордың бірінде уқалау білікшелері бар, олар қосымша фактор ретінде механикалық әсер ету арқылы қарындағы, бөкседегі және сандағы целлюлитті емдеуге көмектеседі, сонымен қатар микроциркуляцияны жақсартады және өңделген аймақта лимфа айналымына ықпал етеді.

Мен сонымен қатар, менің суретім бар кез-келген фотосуреттерді немесе бейне касеталарды оқу мақсатында пайдалануға немесе қажеттілік туындаған жағдайда, бірақ мен алдын ала жариялауға дейін, дәрігерге бұл фотосуреттерді қолданбау туралы жазбаша хабарлама берген жағдайдан басқа жариялауға рұқсат беремін. Бұл материалдар Сіздің клиникалық жазбаларыңыздың маңызды бөлігі болуы мүмкін.

Мен денсаулығыммен байланысты барлық мәселелерді, соның ішінде аллергия туындау және дәрілік препараттарды жеке көтере алмау туралы дәрігерге хабарлауға міндетті екенімді түсінемін.

Мен, 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 екеніне хабардармын.

Мен, процедураны жүргізу мақсаттары мен әдістері, және онымен байланысты тәуекелдер мен салдар, соның ішінде асқыну мүмкіндігі, сонымен қатар қолда бар терапия нәтижелері маған түсінікті түрде түсіндірілгенін растаймын. Маған берілген аппарат осы процедураға аппараттық келісім беруім үшін жеткілікті. Осы процедура туралы қандай да бір қосымша мәліметтер қызықтыра ма деген маған берілген сұраққа, мен жоқ деп жауап беремін. Мен процедура мәнін, сонымен қатар тәуекелдерді түсінемін және оларды қабылдаймын, мен дәрігерді немесе басқа құзіретті қызметкерді осы процедураны маған қолдануды сұраймын.

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 осы құжатты оқыдым, түсініктер берілді, мазмұны маған 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 _____