

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 лечения с помощью лазера CANDELA CORE2

Пациент _____
(Ф.И.О.)

Диагноз _____

Я понимаю, что целью настоящей процедуры является улучшение тона, структуры, а также лифтинг кожи. Существует несколько альтернатив данной процедуры, включая иные виды лазерного воздействия, химический пилинг, радиочастотную (РЧ) терапию и др., или даже отказ от проведения процедур.

Я осознаю, что при проведении данной процедуры существует риск развития следующих осложнений: образование коростов, боль, геморрагическая сыпь, припухлость, покраснение, кровоподтеки, образование рубцов и волдырей, изменение пигментации кожи, пятнистое поражение кожи вследствие васкуляризации, а также прочие непредвиденные осложнения. Повреждение глаза возможно, но маловероятно, при условии, что все меры по защите глаз во время лазерной процедуры были соблюдены.

Я признаю, что одной процедуры может быть недостаточно для полного устранения дисхромии или всех текстурных проблем зоны лазерного воздействия. Индивидуальный ответ на терапию может варьироваться в зависимости от типа кожи, цвета волос, степени загара, последующего ухода и зависит от особенностей участка тела, на котором оказывается воздействие.

Я понимаю, что процедура может быть болезненной, но чаще всего боль проходит без применения каких-либо обезболивающих средств. На участках подвергнутых воздействию лазера, может произойти изменение цвета кожи, а именно гиперпигментация (покраснение/приобретение кожей коричневого оттенка) или гипопигментация (осветление кожи). На восстановление нормального цвета кожи может потребоваться несколько месяцев, однако это может и не произойти. Прямое воздействие солнечных лучей противопоказано в первые недели после процедуры, поскольку это может вызвать или ухудшить вышеуказанные симптомы. Также возможно образование волдырей на коже. Рубцевание отмечается крайне редко.

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.

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

Я удостоверяю, что ознакомился(лась) с проведенной выше информацией, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют и я подтверждаю свое согласие на проведение процедуры.

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

Емделушінің келісімі
CANDELA CORE2 лазерінің көмегімен емдеу процедурасына

Пациент _____

(Т.А.Ә.)

Диагноз _____

Мен осы процедураның мақсаты терінің реңкін, құрылымын жақсарту, сноымен қатар лифтингі болып табылатынын түсінемін. Осы процедураның бірнеше баламалары бар, оның ішінде лазерлік әсер ету өзге түрлері, химиялық пилинг, радиожилікті (РЖ) терапия және басқалары, немесе тіпті процедураларды жасаудан бас тарту.

Мен осы процедураны жасаған кезде келесі асқынулар пайда болу қатері болатынын сезінемін: қатпарлардың пайда болуы, ауыру, геморрагиялық бөртпе, ісігендік, қызару, қанды сүйелдер, тыртықтар мен күлдіреулер пайда болуы, тері пигменттеуінің өзгеруі, васкуляризация салдарынан терінің дақты заөымдануы, сонымен қатар басқа күтпеген асқынулар. Көздің зақымдануы мүмкін, бірақ екіталай, лазерлік процедура барысында көзді қорғау бойынша барлық шаралар орындалған шартпен.

Мен дисхромияны немесе лазерлік әсер ету аймағының барлық текстуралық мәселелерін толық жою үшін бір процедура жетпейтінін мойындаймын. Терапияға жеке жауап терінің түріне, шаштың түсіне, күнге күйгендік дәрежесіне, кейінгі күтім жасауға байланысты түрлену мүмкін және әсер ететін дене орындарының ерекшеліктеріне байланысты.

Мен процедура ауыртатынын, бірақ ауыру жиірек қандай болса да ауруды басатын заттарды қолданусыз өтетінін түсінемін. Лазердің әсеріне шалдыққан жерлерде терінің түсі өзгеруі мүмкін, атап айтқанда гиперпигменттену (қызару/терінің қоңыр реңкті болуы) немесе гипопигменттену (терінің ағаруы). Терінің әдеттегі түсін қалпына келтіруге бірнеше ай қажет болу мүмкін, дегенмен ол болмауы да мүмкін. Күн сәулелерінің тікелей әсер етуі процедурадан кейінгі бірінші апталарында қарсы көрсетіледі, себебі бұл жоғарыда көрсетілген симптомдарды шақырту немесе шнашарлату мүмкін. Сонымен қатар теріде бүлдіреулер пайда болу мүмкін. Тыртықтану өте сирек байқалады.

Сонымен қатар мен менің пішінім бар кез келген фотосуреттерді немесе бейнекассеталарды оқу мақсаттарында немесе жариялау үшін пайдалануға рұқсат беремін, егер қажет болғанда, мен алдын ала, жариялағанға дейін, дәрігерге осы фотосуреттерді пайдаланбау өтінішімен жазбаша хабарлама тапсырған жағдайларды қоспағанда.

Бұл материалдар Сіздің клиникалық жазбалардың маңызды бөлігі болуы мүмкін.

Мені осы процедура туралы қосымша мәліметтер қызықтырады ма деген маған берген сұраққа мен теріс жауап беремін. Мен процедураның мәнін, сонымен қатар тәуекелдерді сезінемін және оларды қабылдаймын, мен дәрігерді немесе басқа білікті қызметкерді маған осы процедураны қолдануын 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, жоғарыда келтірілген ақпаратпен танысқанымды куәландырамын, алынған түсініктер мені толық қанағаттандырады және мен процедура жүргізуге өз келісіміді беремін.

Осы құжатқа қол қою кезінде пациент, іс-әрекетке қабілеттілігі шектелмеген, есірткілік, токсикалық, алкогольді мас күйінде емес, денсаулық күйі бойынша өз құқықтарын іске асыра

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 _____