

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ №3

На введение интрадермального имплантата (филлера) на основе гиалуроновой кислоты (контурная пластика)

Медицинская организация: ООО «СК ЛУЧ»

Медицинская косметология «Лайтрум»

ИНН: 5047176400/ОГРН: 1155047012922

Адрес: 141407, Московская область,

г. Химки, ул. Молодёжная, д. 5

Телефон: +7 (991) 882-58-32

E-mail: Laitrumcosmetolg@yandex.ru

Пациент: Ф.И.О. _____

Дата рождения: «__» _____ г. Возраст: _____ лет

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан): _____

Адрес регистрации/проживания: _____

Телефон: _____ Дата заполнения: «__» _____ г.

1. Общие сведения о процедуре

Мне разъяснено, что «интрадермальный имплантат (филлер)» на основе гиалуроновой кислоты:

- Представляет собой стерильный гель, предназначенный для введения в мягкие ткани;
- Используется для восстановления объёма, коррекции контуров и сглаживания морщин.

Цели процедуры:

- Коррекция и/или увеличение объёма губ, скул, подбородка и других зон;
- Уменьшение выраженности носогубных складок, морщин и заломов;
- Улучшение пропорций лица.

2. Методика проведения

- Консультация и осмотр врача;
- Определение зон и объёма коррекции;
- При необходимости — фотопrotocol до/после;
- Антисептическая обработка кожи;
- Местная анестезия (по показаниям);
- Введение филлера одноразовыми иглами или канюлями;
- Формирование нужного объёма, при необходимости — мягкое распределение препарата;
- Рекомендации по уходу.

3. Ожидаемые результаты и нормальные реакции:

Ожидаемый результат: улучшение контуров и объёмов, уменьшение выраженности морщин в зоне коррекции.

Нормальные временные реакции:

- Отёк, покраснение, чувствительность в зоне инъекций;
- Болезненность при прикосновении;
- Гематомы;
- Временное ощущение неровностей или уплотнений.

Как правило, данные явления проходят в течение 4–10 дней. Окончательный результат оценивается через 2–3 недели.

4. Возможные осложнения и риски

- Выраженные и/или длительные отёки;
- Стойкие уплотнения, бугристость, асимметрия;
- Миграция препарата;
- Аллергические реакции на компоненты препарата;
- Инфекционные осложнения (нагноение);
- Сосудистые осложнения (внутрисосудистое введение, ишемия и некроз кожи);
- Образование узелков, гранулём;
- Крайне редко – нарушения зрения при сосудистых осложнениях.

При появлении сильной боли, резкой бледности или потемнения кожи, значительного отёка, ухудшения зрения мне необходимо немедленно обратиться к врачу.

5. Противопоказания

- Известная аллергия к компонентам препарата;
- Беременность и грудное вскармливание;
- Склонность к келоидным и гипертрофическим рубцам;
- Аутоиммунные заболевания (по решению врача);
- Онкологические заболевания (по решению врача);
- Заболевания крови и нарушения свёртываемости;
- Острые инфекции и обострения хронических заболеваний;
- Воспалительные процессы кожи в предполагаемой зоне коррекции.

6. Альтернативные методы и последствия отказа

Альтернативы:

- Ботулинотерапия;
- Аппаратные лифтинговые и омолаживающие методики;
- Нитевая подтяжка;
- Пластическая хирургия;
- Отсутствие вмешательства.

Отказ от процедуры не угрожает жизни, но приведёт к сохранению или постепенному усилению эстетических нарушений (морщин, потери объёма).

7. Рекомендации после процедуры

Я уведомлён(а):

- В первые 24–48 часов не сдавливать и не массировать зону коррекции без указаний врача;
- Избегать значимых мимических нагрузок в зоне введения в первые сутки;
- Не посещать баню, сауну, солярий, не принимать горячие ванны 5–7 дней;
- Избегать активного загара 7–10 дней;
- Соблюдать рекомендации по уходу и режиму.

8. Согласие на обработку персональных данных

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, в целях оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации и выполнения требований законодательства РФ (в том числе Федерального закона № 323-ФЗ и № 152-ФЗ).

Я уведомлён(а) о праве отозвать согласие в порядке, установленном законодательством РФ.

9. Права пациента и подтверждение информированности

Мне разъяснены мои права:

- Право на получение информации о состоянии здоровья и предлагаемых методах лечения в доступной форме;
- Право задавать вопросы врачу и получать на них ответы;
- Право на отказ от медицинского вмешательства или требование его прекращения (за исключением случаев, предусмотренных законом);
- Право на получение второго мнения другого специалиста;
- Право получить копию настоящего информированного добровольного согласия.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию, изложенную понятным языком, задал(а) все интересующие вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Решение о проведении инъекционных процедур принимаю **добровольно**.

Копию информированного добровольного согласия:

[_____] получил(а) [_____] от копии отказался(ась)

Пациент: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Врач (косметолог): _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Дата « ____ » _____