

СОПРАНО

К Л И Н И К А

Информированное добровольное согласие

на дерматологический пилинг (химический пилинг: поверхностный, срединный)
Азелаиновый, салициловый, энзимный, фитиновый, ретиноловый, молочный, миндальный и др.

Я (Ф.И.О. пациента) _____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт: _____, выдан: _____

Показания: *снижение тонуса и эластичности кожи, фотостарение, поверхностные морщины, расширенные поры, поверхностные рубцы, постакне, увядающая кожа, гиперпигментация.*

Противопоказания:

- Активные проявления вирусных инфекций (герпес, контагиозный моллюск, вирусные бородавки)
- Пустулезные высыпания
- Аллергодерматозы (экзема, нейродермит, атопический дерматит)
- Применение ретиноидов (ретин-А, роаккутан), препаратов гормональной контрацепции
- Активная инсоляция - склонность к образованию рубцов гипертрофических, келоидных
- Беременность, кормление грудью, детский возраст
- применение аппаратных процедур светового воздействия (лазер, IPL).
- Тяжелая степень акне и фурункулез.
- Хирургические операции на предполагаемой зоне пилинга.
- Невротические состояния.

Реабилитация:

После процедуры возможны такие изменения как: обострение герпетической инфекции, покраснение, отёк, зуд, шелушение, корочки. Все последствия являются временными с индивидуальным сроком разрешения, при условии выполнения данных рекомендаций к дальнейшему уходу за кожей после процедуры. Ожидаемо появление шелушения на коже лица от легкого до обильного пластинчатого со 2-6 дни после пилинга, а также возможны повышенная чувствительность и раздражение кожи, имеющее временный характер и не требует специальной коррекции.

Мне разъяснено, что для получения желаемого результата может потребоваться повтор процедуры.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 00С.
- Не рекомендуется посещать сауну или баню в течение 2-х недель после процедуры.
- Нельзя насильственно снимать образующиеся корочки
- Рекомендуется использовать крем с фактором защиты от солнечных лучей SPF 30 ежедневно при выходе на улицу

Я понимаю, что при несоблюдении вышеуказанных рекомендаций возможно развитие различных осложнений

- воспаление тканей в области нанесения кислоты

- продолжительная отечность

- гиперпигментация, эритема (покраснение)

- образование рубцов

- аллергические реакции

Своей подписью я подтверждаю, что не имею вышеуказанных противопоказаний. Я понимаю, что имеющиеся противопоказания, а так же несоблюдение рекомендаций, 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 клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщила или не знала о своих противопоказаниях, но дала свое согласие на процедуру.

Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Я удостоверяю, что ознакомилась (ознакомился) с приведённой выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и я подтверждаю своё согласие на процедуру.

Со стоимостью услуги ознакомлен(а)_____ (подпись пациента)

" ____ " _____ 20 ____ Подпись врача: _____ Подпись пациента: _____