

Информированное добровольное согласие на процедуры контурной пластики

г. Орел

« ___ » _____ 2016г.

Я, _____

добровольно прошу врача _____ а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов провести мне процедуру контурной пластики. 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.

Я сообщил(а) врачу об известных мне аллергических реакциях на:

о своих вредных привычках:

о применяемых медицинских препаратах:

о наличии у меня хронических заболеваний:

Мне сообщено, что методика инъекционной контурной пластики позволяет восполнить дефицит мягких тканей путем введения имплантата. Изменение прочности, эластичности кожи связаны с биологическим старением основных белков соединительной ткани: коллагена и эластина.

Меня уведомили. Что в первые 2 месяца после введения геля противопоказаны: пребывание на солнце, принятие сауны, использование кремов с липосомами, физиотерапия.

Я понимаю и принимаю к сведению, что имеются особенности восстановительного периода после процедуры и возможные осложнения.

Немедленная реакция организма на введение биodeградируемых материалов может включать: гематомы, умеренный отек, гиперемию и болезненность в области инъекции в течение 24-72 часов.

При использовании материалов на основе гиалуроновой кислоты редко можно наблюдать формирование синеватого оттенка кожи над имплантатом через 2 недели после инъекции (самопроизвольно исчезает). Возможна индивидуальная гиперчувствительность на введенный материал (встречается в 0,002%-10% случаев, в зависимости от природы имплантата). Это периодические рецидивирующие покраснения, отеки над и вокруг места введения, которые провоцируются менструацией, пребыванием на солнце, переохлаждением или приемом некоторых лекарственных препаратов.

Гранулематозная реакция встречается редко, абсцессы → в 0,002%-0,004% случаев. При внутрикожном введении материалов длительного действия возможна отдаленная реакция тканей, связанная с деструкцией и миграцией материала. Развитие гранулем и формирование очага хронического воспаления отмечается спустя 6-12 месяцев после процедур, а иногда и в течение 2-10 лет. Абсцессы и некрозы в месте введения постоянных имплантатов относятся к очень серьезным осложнениям и встречаются редко.

Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций врача могут возникнуть следующие осложнения: инфицирование области имплантации при несоблюдении личной гигиены, пигментация кожи над имплантатом в случае избыточной инсоляции в солярии или на солнце сразу после процедуры, воспаление, спровоцированное посещением бани, сауны, проведением физиопроцедур сразу после инъекции.

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры - жжения, рези, покалывания, онемения, распирания, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, образование гематомы, синяков, гиперемии, аллергических реакций.

Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, образование синяков, а также индивидуальных реакций на самочувствие).

Мне предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей процедуры.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры контурной пластики.

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью центра. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

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.

Я получила в письменном виде "Рекомендации после контурной пластики".

Я предупреждена, что противопоказаниями для контурной пластики являются: плохая свертываемость крови, сахарный диабет, склонность к образованию келоидных рубцов, простуда, повышенная температура тела, онкология в стадии обострения, кожные заболевания в стадии обострения, герпес в активной форме, СПИД, гепатит, менструация во время процедуры, беременность, кормление грудью, психические расстройства, эпилепсия, повышенное артериальное давление, алкогольное опьянение, а также прием алкоголя за несколько дней до и после процедуры, Кроме этого могут быть выявлены другие индивидуальные медицинские противопоказания, этот вопрос рекомендуется решать со своим лечащим врачом в поликлинике.

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 ни врач, ни клиника в целом не несут 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 геля _____ и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Врач _____ / _____ / Пациент _____

Иловава