

## Информированное согласие на оказание процедуры лазерной эпиляции

г. Орел

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г.

Я, \_\_\_\_\_

Проинформирован(а) о том, что мне необходимо выполнить .....  
Я осведомлен(а), что метод применяется для эпиляции волос.

Я понимаю, какого результата стоит ожидать: после нескольких сеансов рост волос уменьшится. Это уменьшение роста волос является постепенным и накапливающимся. Между сеансами лечения рост волос продолжается, но их будет меньше, они будут тоньше, светлее и будут расти медленнее.

Мне объяснено что абсолютными противопоказаниями к процедуре являются беременность и кормление грудью; онкологические заболевания; тяжелые, некомпенсированные заболевания внутренних органов; металлические имплантаты в области применения лечения; наличие стимулятора сердечной деятельности; наличие кохлеарного имплантата; аллергия на свет и/или солнце; заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействие волн интенсивного (лазерного) света - системная красная волчанка, порфирия, эпилепсия, склеродермия и т.д.

Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям врача, этапам диагностики и лечения и срокам, которых необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного лечения.

Я понимаю, что возможны побочные эффекты, такие как болевые ощущения, покраснение кожи (эритема); избыточная пигментация (гипер- и гипопигментация); избыточная припухлость; повреждение естественной текстуры кожи (ожоги).

Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются временными, о любых неблагоприятных реакциях следует немедленно сообщать врачу в течении суток.

Мне ясно, что предложенное лечение направлено на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата.

Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров.

Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован.

Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.

Мне понятно, что курс лечения зависит от зоны проведения процедуры и цвета волос. После прохождения полного курса в последующие 1-5 лет возможно образование новых волосяных луковиц из мезенхимальных клеток – клеток предшественников.

Я подтверждаю, на данный момент не беременна, у меня нет острого респираторного заболевания, нет обострения хронических заболеваний, не загорала, не делала поверхностного пилинга в течение последних 2-ух недель.

Я получил(а) от врача следующие обязательные к выполнению рекомендации и понимаю их важность для достижения положительного и длительного эффекта от лечения: на протяжении следующих дней после процедуры необходимо принимать меры, направленные на предотвращение травмирования обработанных участков, не пользоваться скрабами в течении недели, не принимать горячие ванны, не посещать сауны, бани в течении 3-х дней т.д.; следует использовать крем с высоким солнцезащитным коэффициентом (не менее 25 SPF) и оберегать обработанный участок от воздействия солнечных лучей на протяжении не менее одного месяца с момента обработки.

Я осознаю, что полное или частичное несоблюдение рекомендаций врача может повлечь ухудшение состояния моего здоровья или негативно сказаться на эстетическом результате лечения.

Я подтверждаю, что не имею заболеваний, перечисленных в противопоказаниях.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Данное Информированное согласие мною прочитано, осознано и понято, оно достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_