**Информированное добровольное согласие** **на процедуру СМАС лифтинг.**

Я, [ФИО] [ДР]года рождения,

**Я предупрежден(а), что противопоказаниями для СМАС лифтинга являются:**

* Нарушение целостности кожного покрова (гнойничковые образования в месте проведения процедуры)
* Заболевания внутренних органов в районе проведения СМАС лифтинга
* Сахарный диабет
* Нарушение функции почек и ПЕЧЕНИ.
* Наличие тромбов в крови и сосудах ил склонность к их образованию
* Незажившие переломы
* Беременность и период лактации (кормление грудью)
* Наличие злокачественных или доброкачественных опухолей, склонных к росту
* Туберкулез
* системные заболевания крови
* наклонность к кровоточивости
* нарушение кровообращения выше 2-й стадии
* камни в почках, мочевом или желчном пузыре (при воздействии в области живота и поясницы)
* острые гнойные воспалительные процессы
* имплантированный кардиостимулятор
* гиперчувствительность к ультразвуку
* психические расстройства, эпилепсия, алкогольное опьянение.

**Возможны побочные эффекты:**

1.непродолжительная эритема (покраснение кожи) в области воздействия (1-4 дней);

2.непродолжительный отек кожи (4-7 дней и дольше вследствие индивидуальных особенностей организма); 3.асимметрия лица и/или нарушение мимики вследствие отека мягких тканей лица или повреждения нервных окончаний;

4.термическое повреждение анатомических структур лица;

5.неглубокие ожоги кожи в зоне проведения процедуры (проходят самостоятельно без специального лечения);

6.временные нарушения чувствительности в зоне обработки;

7. болевые ощущения в зоне обработки в течении 1-3 недель.

**Рекомендации после процедуры:**

1.Не подвергать обработанные области воздействию высокой температуры в течении как минимум 1 недели (сауна, баня, термопроцедур)

2.Возможно нанесение макияжа сразу после процедур

3.Обязательно применять защитные средства с SPF-фактором 50 в течении месяца после процедуры в период солнечной активности.

Я подробно информировал(а ) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов , пищевых продуктов и других веществ , о перенесённых заболеваниях и травмах ,хронической сопутствующей патологии , о вредных привычках и наследственных заболеваниях, Я понимаю, что при возникновении побочных действий может потребоваться дополнительное лечение в виде приема препаратов или физиотерапии. Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры - жжения, рези, покалывания, онемения, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, болевых ощущений после процедуры. Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, 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 подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ФИО] [Дата]г.**

**Врач-косметолог: Лизунов Петр Геннадьевич [Дата]г.**