|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PETR LIZUNOV****клиника косметологии** |  PL_logo_insta11 | г. Оренбург,ул. Карагандинская, дом 37Б. Тел.: 96-19-01 |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**Проведение процедуры поверхностного и\или срединного пилинга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Город Оренбург

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя.

**Цель медицинского вмешательства**: Коррекция возрастных изменений кожи, лечение угревых высыпаний и рубцов, образовавшихся вследствие угревой болезни на коже лица, спины, груди. Срединный пилинг является терапевтическим методом коррекции растяжек – курс лечения от 6 до 24 месяцев.

**Метод медицинского вмешательства**: Удаление поверхностных слоёв эпителия кожи с помощью слабых кислот, которые обеспечивают равномерное отшелушивание омертвевших клеток, стимулируют синтез коллагена и эластина.

**Показания для проведения**:

• Возрастные изменения кожи (морщины, потеря упругости и эластичности)

• Профилактика и лечение акне

 • Гиперкератоз

 • Расширенные поры

 • Фотостарение

• Подготовительный этап перед более серьезными и глубокими косметическими процедурами.

**Противопоказания для проведения процедуры:**

• Любые хронические заболеваний в стадии обострения

 • Простудные заболевания

• Беременность и лактация

• Склонность к формированию гипертрофических, а также келоидных рубцов

• Необходимость проведения радиотерапии

• Свежий загар

• Недавно (менее 8 недель назад) проведенные травмирующие процедуры (лазерная шлифовка)

• Психические заболевания

• Индивидуальная непереносимость отдельных ингредиентов пилинга

 • Прием иммунодепрессантов, ретиноидов, лекарственных средств обладающих фотосенсибилизирующим действием

 • Выраженный купероз

• Онкологические заболевания

• IV–VI фототипы кожи (для срединных пилингов), определяемого по Фицпатрику

• Кожные заболевания (экзема, аллергические дерматозы, атопический дерматит, псориаз и др.) в стадии обострения

• Инфекционные заболевания кожи (вирусные, бактериальные, грибковые)

• Нарушение целостности кожного покрова, травмы в области нанесения пилинга

• Плохое заживление ран

• Сахарный диабет и гипертоническая болезнь.

**Ощущения пациента во время процедуры:** жжение различной степени выраженности, в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента.

**В первый день** пациент чувствует, прилив тепла к коже, возможно ощущение подёргивания. Наблюдается отёчность - это является признаком того, что дерма реагирует на процедуру.

**На второй день** кожу как бы стягивает и она приобретает цвет загара.

**На третий день** темнеет и слегка морщится.

**На 4-ый, 5-ый и 6-ой дни** начинается отслоение кожи вокруг глаз, рта и на подбородке, затем щеки и лоб. В некоторых случаях этот процесс затягивается далее 6 – го дня.

**Возможные осложнения**:

 • В 5% случаев посттравматическая гиперпигментация, проходящая через 1,5-3 месяца;

 • В 0,5% случаев длительно сохраняющаяся (до 3 мес.) очаговая гиперемия;

 • Обострение герпеса.

**Рекомендации после процедуры**:

1. Исключите насильственное или случайное преждевременное отделение плёнки.

2. При первых признаках появления герпеса используйте мазь «Зовиракс» или «Ацекловир».

3. Первое умывание через 12-48 часов после пилинга и не хлорированной теплой водой.

4. Второе умывание через 8-10 часов.

5. Затем до полного отшелушивания плёнки умываться 2 раза в день с нейтральным мылом, предварительно нанося на участки, покрытые пленкой, крем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. После умывания повторно нанести крем.

 6. В течение 3 недель исключить использование декоративной косметики.

7. После пилинга на лицо перед выходом на улицу (независимо от времени года) необходимо применять крем с UVA, UVB-фильтрами SPF не ниже 30.

8. Повторное проведение процедуры возможно не ранее, чем через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней.

**ДОПОЛНЕНИЕ**:

Я подтверждаю, что меня в полном объёме и в доступной для меня форме проинформировали и разъяснили цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства. Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листе и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации. Мною предоставлена лечащему врачу полная и исчерпывающая информация о моем организме, которая может повлиять на процесс и результат Медицинского вмешательства. Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, в том числе о возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения, мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения. Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения. Настоящим я даю согласие на проведение Медицинского вмешательства, на изменение или продление Медицинского вмешательства, в том числе повторное и последующие Медицинские вмешательства, на совершение любых действий, которые могут понадобиться в процессе Медицинского вмешательства в связи с возникшими непредвиденными ситуациями, на запись информации, полученной в процессе или результате Медицинского вмешательства, на любые носители информации.

Я предоставляю Клинике свое согласие на использование Клиникой моих изображений, включая фотографии, полученные Клиникой при оказании мне медицинских услуг, путем их размещения на сайте Клиники, страницах Клиники в социальных сетях, в печатных материалах и изданиях, в целях информирования потребителей о результатах оказания медицинских услуг в Клинике, в том числе в составе рекламных материалов Клиники, при условии, что Клиникой приняты меры по предотвращению возможности идентификации меня по изображению посредством предварительной обработки полученных изображений.

Я извещен(а) о том, что в случае появления побочных явлений или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу по телефону: 96-19-01.

Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно, и я согласен/согласна со всеми положениями Согласия, что подтверждаю собственноручно.

Согласие является приложением к медицинской карте Пациента.

ПАЦИЕНТ: [ФИО] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Дата]

 (подпись)

ВРАЧ-КОСМЕТОЛОГ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Дата]

 (ФИО законного представителя, подпись)

"ПАЦИЕНТ ПРЕВЫШЕ ВСЕГО" Спасибо, что выбрали нашу клинику. Если у вас появятся вопросы или понадобится консультация обратитесь к нам, мы оперативно ответим. Мы работаем с 10.00 до 20.00 пн-пт и с 10:00 до 18:00 сб-вс, без выходных. Телефон клиники: 96-19-01, 8-912-846-19-01 («WhatsАpp»).