**Информированное добровольное согласие**

**На проведение процедуры с использованием аппарата E-Light**

Я, пациент (законный представитель), [ФИО]

в соответствии со ст. 30, 31, 32 и 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г.

проинформирован о том, что мне необходимо выполнить процедуру Фототерапии.

Эффективность лечения оценивается через 3-4 недели после каждой процедуры, поэтому количество процедур определяется индивидуально.

Абсолютными противопоказаниями к процедуре являются:

Беременность и кормление грудью;

Онкологические (раковые) заболевания;

Тяжелые, некомпенсированные заболевания внутренних органов;

Металлические имплантанты в области применения лечения;

Наличие стимулятора сердечной деятельности;

Наличие кохлеарного имплантанта;

Аллергия на свет и/или солнце;

Заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействия 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, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного лечения.

Возможные побочные эффекты:

болевые ощущения;

покраснение кожи (эритема);

избыточная пигментация (гипер- и гипо- пигментация);

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 и 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),

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.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Ознакомил специалист Подпись

Пациент [ФИО] Подпись

Дата [Дата]

**Памятка пациенту после применения источника широкополосного света (фототерапия на аппарате Capello).**

Необходимо понимать, что процедура разрушения хромофора при помощи источника широкополосного света, по-сути представляет собой термическое разрушение (закипание) хромофора с последующим лизисом (рассасыванием) его остатков организмом. Нормально, если первые две недели, обработанный участок кожного покрова не лишится хромофора полностью (на рассасывание сосудов требуется около двух недель, на отшелушивание пигмента около недели). Оценить первый результат от процедуры возможно лишь через две недели. Интервал между процедурами 2-3 недели (в зависимости от протекания раннего постпроцедурного периода). Термическое разрушение хромофора всегда сопровождается риском избыточного прогрева кожи , распространения и удержания тепла внутрикожно, и, как следствие, осложнений, связанных с сопряженными физическими процессами (ожог, отек, покраснение).

Как правило, сразу после процедуры, в зоне воздействия возникает выраженная отечность и покраснение, которое в норме длится до 3 суток. Возможно, в местах депонирования больших объемов хромофора, появятся ожоговые пузыри, в таком случае необходимо обратиться к лечащему врачу с целью определения дальнейшей тактики.

Придя домой после процедуры, необходимо обработать участок кожи водным раствором хлоргексидина (мирамистина), нанести тонким слоем, аккуратно впитывая регенерирующий либо противоожоговый гель (форма геля более предпочтительна, чем мазь). Если после процедуры присутствует чувство озноба и тошноты (нормальное выделение гистамина) необходимо однократно на ночь принять антигистаминное средство. Первые 5-7 дней необходимо наносить регенерирующее средство не менее 2 раз в сутки, тонким слоем, на предварительно очищенную сухую кожу.

Запрещено использовать скрабы, кислоты, массажные щетки и мочалки с целью эксфолиации корочек. Запрещено срывать корки, посещать бассейн, баню, сауну в течение 2 недель после проведенной процедуры. Запрещено посещать солярий и загорать на солнце в течение 5 недель после проведенной процедуры. Запрещено проводить любые косметологические процедуры, выполняемые при помощи источника усиленного света в течение 2 недель после проведенной процедуры.

Пациент [ФИО]

Дата [Дата]

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата [Дата]

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_