

## **Информированное согласие пациента на процедуру химического пилинга**

**Вы, как пациент, имеете право получить информацию о Вашем состоянии и рекомендуемой хирургической, лечебной и диагностической процедуре, с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.**

Я, \_\_\_\_\_,  
добровольно прошу специалиста \_\_\_\_\_, а также привлекаемых по его усмотрению ассистентов и персонал провести процедуру химического пилинга

Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

Я понимаю, что целью данной процедуры является улучшение качества кожи.

Мне разъяснено, что в результате массажа лица происходит улучшение тургора кожи, сглаживание ее рельефа. Мне разъяснено, что химический пилинг не сокращает расширенные поры.

Степень коррекции морщин зависит от их исходной глубины, индивидуальных особенностей (типа кожи, активности мимических мышц и др.), а также возрастных изменений кожи (дряблости кожи и др.). Я понимаю, что полное удаление морщин и рубцов невозможно. Мне разъяснено, что длительность восстановительного периода зависит от степени выраженности изменений и индивидуальных особенностей кожи. Мне разъяснено, что рубцы являются неизгладимыми изменениями кожи, т.е полное и бесследное удаление рубцов невозможно. Целью массажа является эстетическое улучшение кожи. Выраженность эффекта зависит от глубины воздействия, при этом могут удлиняться сроки реабилитации вследствие появления побочных эффектов временного характера (**эритема, гиперпигментация, гиперчувствительность кожи, повышение жирности кожи и др.**). Эти явления обратимы, но для ускорения процесса восстановления мне потребуются дополнительные реабилитационные мероприятия и время.

Я понимаю, что для достижения существенных результатов может потребоваться несколько процедур массажа лица. Результат массажа лица зависит от индивидуальных особенностей моей кожи. Мне известно также, что гормональный статус организма существенно влияет на достижение и сохранение наилучших результатов.

Мне разъяснено, что такие вредные привычки, как курение, являются отягчающим фактором при достижении результата любой процедуры, в том числе и массажа лица. Прием некоторых лекарственных препаратов (контрацептивы, антибиотики, пищевые добавки, ретиноиды и др.) повышает риск появления побочных эффектов, перечисленных выше.

Я сообщаю о своих вредных привычках: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ и о применяемых медицинских препаратах: \_\_\_\_\_.

Я сообщаю врачу обо всех имеющихся, перенесенных и выявленных у меня заболеваниях: \_\_\_\_\_

Я сообщаю обо всех произведенных ранее эстетических операций (с указанием места и времени проведения) \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что о результате можно судить не ранее 4 месяцев после процедуры.

Я осведомлен (-а) о том, что перед процедурой необходимо тщательно снять макияж, снять контактные линзы.

Мне рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, образование корки), необходимости применения холодных компрессов, специального препарата и ограничений в применении макияжа.

Я предупреждена, что процедура массажа лица может провоцировать появление герпетической инфекции у лиц, имеющих к этому склонность.

Я получил (-а) в письменном виде “Рекомендации после массажа лица”.

Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего лица и организма.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение хирургических, лечебных и диагностических процедур.

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. 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.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

---

(подпись пациента – фамилия, имя, отчество полностью)

**Специалист:** \_\_\_\_\_