

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ОМЕГА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОЦЕДУРУ ПЛАЗМОЛИФТИНГА

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в ООО «Омега» проинформирован(а) о методике выполнения процедуры плазмолифтинга с применением плазмы обогащенной тромбоцитами и уполномочиваю врача (-ей)

(фамилии, имена, отчества)

выполнить мне процедуру плазмолифтинга с применением препарата

(наименование препарата)

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры плазмолифтинга с применением плазмы обогащенной тромбоцитами и с ходом самой процедуры. Мне понятно, что процедура представляет собой метод внутрикожного или подкожного инъекционного введения плазмы, полученной из собственной крови пациента, чем объясняется хорошая переносимость процедуры. Помимо участия в процессе свертывания крови, тромбоциты, благодаря содержащимся в них факторам роста, стимулируют процессы регенерации, восстанавливая поврежденные ткани. После подкожного введения обогащенной тромбоцитами плазмы в зоне инъекции увеличивается концентрация факторов роста, которые, в свою очередь, стимулируют процессы образования и роста сосудов и ускоряют деление клеток. Плазмолифтинг - одна из методик улучшения состояния кожи, основанная на активизации естественных процессов восстановления и эффективная при наличии целого ряда эстетических дефектов. Общими показаниями к плазмолифтингу являются восстановление регенерации кожи и моделирование контуров лица, коррекция поверхностных мимических и возрастных морщин, лечение начальных стадий птоза и атрофии кожи лица и шеи, выпадения и истончения волос. Я осведомлен(а), что процедура плазмолифтинга имеет некоторые особенности подготовительного и восстановительного периодов, противопоказания и возможные осложнения.

1. Перед процедурой плазмолифтинга рекомендуется: • за 2-3 дня до процедуры отказаться от приема препаратов, влияющих на свертываемость крови; • отказаться от алкогольных напитков и жирной пищи за сутки до процедуры; • не пользоваться декоративной косметикой за 12 часов до процедуры.
2. Процедура плазмолифтинга включает несколько этапов: • Из вены пациента производится взятие необходимого количества крови в зависимости от площади обрабатываемой зоны (обычно в объеме, не превышающем 40 мл крови на одну процедуру). • Кожа обрабатывается антисептическим раствором, а по желанию клиента – и анестезирующим кремом. • Из крови пациента при помощи дифференциального центрифугирования выделяется обогащенная тромбоцитами плазма. • Препарат вводится внутрикожно или подкожно, путем многочисленных инъекций в проблемные зоны. • Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции.
3. После процедуры плазмолифтинга необходимо: • не пользоваться косметическими средствами в течение первых 12 часов • не посещать сауну, баню, бассейн в течение 2-3 дней • отказаться от посещения солярия на 1 неделю • во избежание гиперпигментации в местах инъекций использовать солнцезащитный крем
4. В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты: • локальная отечность в виде папул в местах инъекций; • легкая болезненность в местах инъекций; • точечные подкожные кровоизлияния в местах инъекций.
5. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о нижеследующем: • хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях; • аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты; • лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях; • лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время; • вредных привычках.
6. Противопоказаниями к выполнению процедуры плазмолифтинга являются: • нарушение свертываемости крови; • острые воспалительные процессы в предполагаемых местах инъекций; • системные заболевания соединительной ткани в стадии обострения; • обострения хронических заболеваний, ОРЗ, герпес; • эпилепсия; • состояние иммунодефицита; • онкологические заболевания.
7. Особые указания: Для получения наиболее стойкого положительного результата необходимо пройти основной курс плазмолифтинга, состоящий из 3-4 процедур с интервалом в 3-4 недели. Количество процедур зависит от индивидуального состояния пациента. Курс можно повторять один раз в год.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрывая информацию о состоянии своего здоровья.

Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения предписанных рекомендаций после проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения. **Я понимаю**, что небольшая асимметрия тела (практически незаметные различия в строении правой и левой половины) является нормальным физиологическим состоянием, обусловленным генетическими особенностями и эти различия могут сохраняться после процедуры.

Я понимаю, что выполнение данной процедуры не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата на 100% в независимости от количества выполненных процедур.

Мне сообщили, что при проведении процедуры плазмолифтинга возможно применение местной анестезии (аппликационной) с целью обезболивания, эффективность которой так же не может быть гарантирована, но гарантировано выполнение всех процедур специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих правил применения и норм санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Мною получена вся информация, и она мне понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением данной процедуры. Даны рекомендации до и после ее проведения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на указанную манипуляцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю свое согласие на процедуру. Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре плазмолифтинга, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется. Своей подписью я так же подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне не были введены иные, кроме указанных в согласии, инъекционные препараты другого состава.

Я даю (не даю) согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов (нужное подчеркнуть).



Ф.И.О. пациента: _____

Подпись _____ Дата _____

Ф.И.О. врача: _____

Подпись _____ Дата _____

