

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ препаратом
Hyalual® (Гиалуаль)**

Я, _____, _____ года рождения
(Ф.И.О)

проживающий(-ая) по адресу: _____

доверяю проведение процедуры мезотерапии врачу косметологу

(Ф.И.О.)

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры мезотерапии и с ходом самой процедуры.

Мне рассказали, и я понял (-а), что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения лекарственных веществ с целью профилактики старения кожи, ее омоложения, лечения целлюлита, угревой болезни, а также лечения различных заболеваний. Микроинъекции проводятся тончайшими иглами вручную или с помощью мезоинжектора.

На консультации врач вместе со мной подробно обсудил все вопросы, касающиеся использования мезотерапии, выбрал препараты для устранения моей проблемы и составил программу выполнения процедур.

На основании собранного анамнеза и проведенного осмотра врач в моем присутствии заполнил карту амбулаторного больного.

Я сообщил(-а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье, проведенных мне ранее процедурах мезотерапии, применявшихся в этих процедурах препаратах и других методах коррекции эстетических недостатках моей внешности.

Кроме того, я сообщил (-а) обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства.

Мое внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течение нескольких часов или дней, отечность, болезненность и гематомы в местах инъекций.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата необходимо пройти курс.

Количество процедур и выбор препарата определяется врачом.

Меня ознакомили с альтернативными методами лечения эстетический проблем, среди которых: фототерапия, лазеротерапия, радиоволновая терапия, массаж, уходовые маски, химические пилинги, криотерапия, озонотерапия, аппаратные методики, и я полностью поддерживаю выбранную лечащим врачом методику мезотерапии.

Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре мезотерапии, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется, либо я умышленно скрыл (-а) их от моего лечащего врача. _____

Подпись пациента

Показаниями к проведению процедуры являются:

- Акне Гиперпигментации, витилиго
- Бородавки, розацеа, мелкие расширенные сосуды нижних конечностей, трофические язвы
- Локальное ожирение (зоны галифе, области живота, полные руки, плечи, общее ожирение, целлюлит)
- Возрастные изменения кожи: снижение тонуса, тургора, эластичности, морщины
- Различного вида рубцы кожи: растяжки (стрии)
- Отеки
- Состояние кожи после пластических операций, химического пилинга, лазерной дермабразии (для сокращения реабилитационного периода)
- Подготовка кожи к пластическим операциям (для профилактики осложнений, оптимизации результата)

Противопоказаниями к процедуре мезотерапии являются:

- Беременность, лактация
- Острые инфекционные и воспалительные заболевания, герпес, папилломы
- Эпилепсия
- Сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь 3 ст, ИБС)

- Склонность к келоидным и гипертрофическим рубцам
- Низкий порог болевой чувствительности, патологическая боязнь иглы (для инъекционной мезотерапии)
- Индивидуальная непереносимость компонентов используемого средства
- Аллергические заболевания
- Желчекаменная болезнь (при коррекции целлюлита)
- Нарушение свертываемости крови в результате заболевания (гемофилия)
- Наличие кардиостимулятора (для физиотерапевтических воздействий)

Я понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на процедуру подписью.

Доктор _____
(ФИО) _____
подпись

Пациент _____
(ФИО) _____
подпись

