

Информированное добровольное согласие на проведение процедуры лазерной шлифовки кожи на аппарате Capello E-Light

Я, [...] , даю информированное добровольное согласие на проведение мне процедуры лазерной шлифовки кожи на аппарате Capello E-Light в рамках оказания медицинских услуг в ООО "Медицина Тольятти". Мне разъяснено и понятно, что лазерная шлифовка кожи на аппарате Capello E-Light является медицинской процедурой, использующей энергию света для контролируемого повреждения и последующего обновления кожи, с целью улучшения ее текстуры, тонуса и внешнего вида.

1. Цель процедуры: улучшение качества кожи, уменьшение выраженности морщин, коррекция рубцовых изменений, уменьшение пигментных пятен, сужение пор, улучшение текстуры и тонуса кожи, стимуляция выработки коллагена и эластина для достижения эффекта омоложения и лифтинга кожи.

2. Описание процедуры и этапы: Лазерная шлифовка кожи на аппарате Capello E-Light – это метод, при котором энергия аппарата создает микроскопические зоны контролируемого термического воздействия в коже. Это запускает процессы регенерации, стимулирует образование нового коллагена и эластина, что приводит к обновлению кожного покрова. Процедура проводится курсом. Во время процедуры могут ощущаться тепло, покалывание, жжение; для уменьшения дискомфорта может применяться местная анестезия. Процедура обычно включает следующие этапы:

1. Консультация врача: сбор анамнеза, оценка состояния кожи, определение фототипа, выявление показаний и противопоказаний, обсуждение ожидаемых результатов и возможных рисков, подбор параметров аппарата.
2. Очищение кожи от макияжа и загрязнений, антисептическая обработка зоны предполагаемого воздействия.
3. Нанесение аппликационного анестезирующего крема (при необходимости) за 30-60 минут до процедуры.
4. Защита глаз пациента и врача специальными очками.
5. Проведение тестового воздействия на небольшом участке кожи (при необходимости).
6. Последовательная обработка выбранной зоны манипулой аппарата Capello E-Light.

7. Нанесение на обработанную кожу успокаивающего, регенерирующего средства и, при необходимости, охлаждающего компресса. Предоставление рекомендаций по уходу за кожей в постпроцедурном периоде.

Период восстановления после процедуры может сопровождаться покраснением, отеком, шелушением, образованием корочек, что является нормальной реакцией кожи и длится от нескольких дней до 2-3 недель в зависимости от интенсивности воздействия.

3. Возможные риски и осложнения: При проведении лазерной шлифовки кожи на аппарате Capello E-Light возможны следующие побочные эффекты и осложнения: Болевые ощущения, жжение, зуд, дискомфорт во время процедуры и в период реабилитации, выраженное и/или длительное покраснение и отек кожи в обработанной зоне, которые обычно проходят в течение нескольких дней, но могут сохраняться дольше, сухость, стянутость, шелушение кожи, образование корочек, временное или стойкое изменение пигментации кожи: гиперпигментация или гипопигментация, особенно при несоблюдении рекомендаций по защите от солнца или при наличии предрасположенности, ожоги кожи, образование пузырей. Риск выше при неправильно подобранных параметрах, очень чувствительной коже или несоблюдении рекомендаций, присоединение вторичной бактериальной, вирусной или грибковой инфекции при несоблюдении правил асептики и антисептики или рекомендаций по уходу, образование рубцов – редко, как правило, вследствие глубоких ожогов, инфекционных осложнений или при индивидуальной предрасположенности, аллергическая реакция на используемые топические средства, замедленное заживление, персистирующая эритема, образование милиумов, обострение акне, неудовлетворительный эстетический результат, неполная коррекция имеющихся проблем или отсутствие ожидаемого эффекта.

4. Противопоказания: Активные инфекционные или воспалительные процессы на коже в зоне предполагаемой обработки, острые респираторные вирусные инфекции и другие заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела, беременность и период лактации, онкологические заболевания, склонность к образованию келоидных или гипертрофических рубцов, системные заболевания соединительной ткани, иммуносупрессивные состояния или прием иммуносупрессивных препаратов, декомпенсированный сахарный диабет, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии

декомпенсации, нарушения свертываемости крови и прием антикоагулянтов или антиагрегантов, фотодерматозы и повышенная чувствительность к свету, прием фотосенсибилизирующих препаратов, свежий загар или использование автозагара, наличие золотых нитей в зоне обработки, эпилепсия и другие психические заболевания в стадии обострения, возраст до 18 лет (проведение процедуры возможно с письменного согласия родителей или законных представителей), наличие кардиостимулятора. Врач оценил наличие у меня относительных противопоказаний и принял решение о возможности проведения процедуры. Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям врача по подготовке к процедуре и по уходу за кожей после процедуры, включая применение назначенных средств, защиту кожи от солнечного излучения, отказ от посещения солярия, бани, сауны, бассейна, механического повреждения и сдирания корочек в течение указанного врачом срока. Я осознаю, что результат предложенной мне процедуры зависит от индивидуальных особенностей моего организма, возраста, образа жизни, гормонального фона, исходного состояния кожи, соблюдения рекомендаций врача. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован на 100%, а также может потребоваться проведение курса процедур и поддерживающих сеансов в будущем для достижения и сохранения эффекта. Я знаю, что в целях максимальной эффективности и безопасности проводимой процедуры, я обязан(а) поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о наличии аллергических реакций на лекарственные препараты или свет, хронических заболеваниях, всех принимаемых в настоящее время лекарственных препаратов, наличии имплантов, недавних косметологических процедурах, а также о курении, злоупотреблении алкоголем. Я подтверждаю, что предоставил(а) достоверную информацию о своем здоровье. Я даю свое согласие добровольно.

Дата: [...]

Пациент (подпись): _____ / [...]

Врач (подпись): _____ / [...]