

Информированное согласие на проведение процедуры с использованием аппарата E-Light

Я, [...], 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: [...] в рамках оказания медицинских услуг в ООО "Медицина Тольятти"

Эффективность лечения оценивается через 2-4 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 имплантаты в области применения лечения;
- Наличие стимулятора сердечной деятельности;
- Наличие кохлеарного имплантата;
- Аллергия на свет и/или солнце;
- Заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействия волн интенсивного 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);
- Рубцы.

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 цвета, качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю,

что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров. Я проинформирован(а), что 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 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.

Этапы процедуры

1. Демакияж, очищение кожи;
2. Обработка кожи раствором антисептика (водный раствор хлоргексидина биглюконат 0.05%);
3. Защита глаз пациента и врача (очки);
4. Нанесение геля на кожу;
5. Подбор программы, параметров работы аппарата;
6. Воздействие аппаратом на кожу пациента;

Дата: [...]

Подпись врача: _____ / [...]

Подпись пациента: _____ / [...]