



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное согласие пациента на проведение процедуры безинъекционного лечения проблемной кожи (PRX-T33 терапии).

« ____ » _____ 202__ г.

Я, _____,

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, проинформирован врачом о состоянии моего здоровья и предварительном диагнозе _____

В связи с этим мне рекомендовано проведение процедуры PRX-T33 терапии на препаратах WiQo Med.

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял/а/.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры я имею право отказаться от процедуры.

Я осведомлен/а/ об альтернативных услугах, а также о том, что я имею право на выбор иного медицинского учреждения в соответствии с законодательством РФ.

Мне предоставлена информация по показаниям к применению PRX-T33 терапии:

- морщины
- постакне
- неровная текстура и цвет кожи
- гиперпигментация
- преждевременное старение кожи
- рубцы
- стрии
- шрамы.

Мне предоставлена, в доступной для меня форме, полная информация о целях, характере и особенностях процедуры.

Я понимаю, что клинические результаты могут различаться, в зависимости от индивидуальных факторов, типа кожи, соблюдения мной рекомендаций в период до и после лечения, а также индивидуальной ответной реакции на лечение.

Я понимаю, что во время процедуры я могу испытывать дискомфорт различной степени.

Я понимаю, что во время процедуры у меня могут возникнуть раздражение и покраснение кожи.

Я понимаю, что на результат процедуры влияют такие факторы, как возраст, состояние кожи, степень фотоповреждения, курение, климатические условия и др.

Мне разъяснено и я осознаю, что процедура не гарантирует мне 100% желаемого результата.

Я понимаю, что процедура пилинга может быть мне противопоказана по индивидуальным причинам. Противопоказания обсуждаются врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Я понимаю, что для достижения наилучших результатов мне может понадобиться несколько процедур.

Я понимаю, что побочные эффекты от процедур маловероятны, но не исключены. Я понимаю, что в случае возникновения побочных эффектов мне понадобится комплекс мер, предусмотренных специалистом по PRX-T33 терапии. В случае проявления неожиданных реакций кожи (раздражение, покраснение, высыпания, воспаления) я немедленно свяжусь со специалистом, проводившим процедуру.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен/на/ на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я предупреждена и понимаю, что несоблюдение указаний /рекомендаций/ и назначений врача /в том числе, но не ограничиваясь указанных в Памятке/, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, либо быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

Я согласен/на/ во время прохождения курса процедур и в течение 7 дней после последней процедуры избегать воздействия на кожу ультрафиолетовых лучей, в том числе посещения солярия.

Я понимаю, что в течение 7 дней до начала и после окончания курса мне следует воздержаться от других косметологических процедур, в том числе с применением продуктов других марок. Это касается как области, подвергшейся воздействию во время прохождения курса процедур, так и незатронутых участков кожи.

Я сообщил/а/ правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____ согласен/на/ на фото- видеосъемку хода процедуры и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения медицинской тайны.

Я согласен/на/ с вышеперечисленными пунктами и намерен/на/ пройти процедуру (курс процедур) PRX-T33 терапии. Я подтверждаю, что буду следовать рекомендованному курсу пред- и постпроцедурного ухода.

Мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно даю свое согласие на проведение процедуры _____.

Памятка для пациента мною получена.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись, Ф.И.О.)