

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ МЕЗОТЕРАПИИ**

Я, \_\_\_\_\_

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.  
**Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «Кораллдент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на проведение процедуры мезотерапии.**

Я, проинформирован(а) о методике выполнения процедуры мезотерапии и даю своё согласие на её проведение в области \_\_\_\_\_.

Мне рассказали, и я понял(а), что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения лекарственных препаратов, с целью профилактики большинства эстетических проблем: сухость кожи, пигментация, мелкие морщины, акне, постакне, растяжки, рубцы, обезвоженность кожи, выпадение волос и других заболеваний.

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

Осведомлен(а), что для получения наиболее стойкого положительного результата необходимо пройти курс мезотерапии, предложенный доктором. **Рекомендуемый курс лечения** состоит из 4-10 процедур с интервалом в 7-10 дней, с последующими поддерживающими процедурами и последующим уходом за кожей в домашних и клинических условиях. Состав коктейля, дозировка и область введения определяются индивидуально. Количество процедур зависит от индивидуального состояния пациента.

Мне сообщили, что при проведении процедуры мезотерапии 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 осведомлен(а), что процедура мезотерапии имеет некоторые особенности подготовительного и восстановительного периодов, противопоказания и возможные осложнения.

### **1. Перед процедурой мезотерапии рекомендуется:**

- неделю перед мезотерапией не загорайте, не ходите в солярий;
- дней до процедуры не принимайте препараты, разжижающие кровь;
- за 3 дня прекратите прием любых лекарств (если есть обязательные, оставьте только их);
- в день мезотерапии старайтесь не использовать декоративную косметику;
- предупредите врача, если когда-либо у вас было обострение герпеса.

### **2. После процедуры мезотерапии необходимо:**

- в течение нескольких часов не пользоваться декоративной косметикой;
- в течение 5 дней не посещать сауну, баню, солярий, активно не загорать на пляже;
- в течение 5 дней другие косметологические процедуры проводить только по согласованию с врачом-косметологом.

### **3. После процедуры могут наблюдаться побочные эффекты:**

- кожно-аллергические реакции (сыпь, покраснения);
- боль в области уколов;
- синяки в местах инъекций.

### **4. Противопоказаниями к выполнению процедуры мезотерапии являются:**

- беременность;
- период лактации;
- онкологические патологии;
- угревая болезнь или воспалительные элементы;
- вирусные заболевания;
- склонность к келоидным рубцам;
- индивидуальная непереносимость компонентов «мезококтейля»;
- сахарный диабет.

### **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.
- Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалиста, 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.

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 мезотерапии, 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.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Врач:**

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: {ДатаПолная}