Информированное согласие на оказание процедуры эпиляции

 Я, пациент (законный представитель), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осведомлен(а), что метод применяется для лазерной эпиляции волос.

Ожидаемый результат: уменьшение роста волос, снижение является постепенным и накапливающимся.

Между сеансами лечения рост волос продолжается, но после каждой новой процедуры количество волос уменьшается на 10-25%. Интенсивность разрушения волосяного покрова зависит от его свойств, фототипа кожи и площади лечения и прочих факторов.

**Для эффективности процедуры следует соблюдать следующие рекомендации:**

1. За 4 недели до сеанса исключить инсоляцию, включая солярий, с формированием гиперпигментации (загара);
2. За 3 недели отказаться от лосьонов, тоников со спиртом и другой агрессивной косметики;
3. За 2 недели завершить прием препаратов, обладающих фотосенсебилизирующим эффектом (тетрациклиниы, сульфаниламиды и другие препараты).
4. Перед процедурой очистить кожу от косметических средств.

Предварительное бритье выполняется в срок, указанный косметологом, чтобы избежать ожогов. Специалисты рекомендуют учитывать менструальный цикл, так как в этот период повышается болевой порог.

**Абсолютными противопоказаниями к процедуре лазерной эпиляции являются:**

Онкологические (раковые, злокачественные) заболевания; Иммунные и дерматологические хронические заболевания; Тяжелые, декомпенсированные заболевания внутренних органов (диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность); Металлические имплантаты в области применения лечения; Наличие кардиостимулятора; Наличие кохлеарного имплантата; Аллергия на свет и/или солнце; Прием препаратов, обладающих побочным фотосенсебилизирующим действием (сульфанилмиды, системные ретиноиды, карбамазепины и т.д.).

**Относительные противопоказания к процедуре лазерной эпиляции**

При наличии относительных противопоказаний сеансы необходимо согласовывать с дерматологом, гинекологом или терапевтом. Разрешение лечащего врача требуется в следующих случаях:

Раны, шрамы, ссадины, ожоги, раздражения, татуировки или родимые пятна в зоне воздействия; сезонные аллергические реакции, нарушения пигментации; респираторные инфекции в активной фазе; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; беременность, период лактации; эпилепсия, психические болезни, острые и хронические кожные заболевания.

 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); отек; повреждение естественной текстуры кожи (ожоги). 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 качества моей кожи и достижения эстетического результата.

 Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от 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 о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом. Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

 Я, обязуюсь в случае возникновения неблагоприятных реакций немедленно обратиться в клинику и сообщить врачу.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Ознакомил врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г