Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских (косметологических) услуг № б/н от «      »     20 г

## Информированное добровольное согласие на процедуру «Удаление филлера»

г. Краснодар «{nowd}»\_{nowMMMM}\_{nowyear}\_г.

Я {fio} (Ф.И.О.) {birthDay}(дата рождения),

Зарегистрированный(ая) по адресу: {address}

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н.

**Даю согласие на оказание медицинского вмешательства в ООО «Клиника Соколовой».**

**Вид медицинского вмешательства:** Инъекционное удаление (выведение) филлера

Препарат: Гиалуронидаза **Область обработки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Стоимость услуги соответствует Прейскуранту Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.**

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ ''Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

**До момента начала оказания услуги, мне разъяснено и мною осознано следующее:**

**1).** Мне разъяснена информация о конкретном медицинском работнике (враче), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу от имени Исполнителя (его профессиональном образовании и квалификации)

**2)** Я согласен (а) с тем, что используемая технология оказания данного вида платных медицинских услуг не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана качественно и с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

**З)** Я осознаю и понимаю, что для получения наилучших результатов проводимой процедуры я должен (на) соблюдать все назначения, рекомендации и советы врача (как устные, так и письменные). Я подтверждаю, что меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

**4)** Я понимаю, что для достижения необходимого результата, возможно, потребуется неоднократные проведение данного вида процедуры (медицинского вмешательства). Мне известно, что 100%-ной гарантии хороших результатов лечения, в целом, дано быть не может.

**5)** До моего сведения доведено, что данный вид платных медицинских услуг не связан с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной.

**6) Я проинформирован(а), о том, что:**

**Прием**антигистаминных и гормональных препаратов снижает эффективность любого из средств на основе гиалуронидазы, также не следует принимать одновременно с лекарствами, в составе которых содержатся фуросемид, бензодиазепины, фенитоин.

**Показаниями к процедуре являются:**

- Избыточное или неравномерное введение дермального филлера, которое приводит к искажению черт лица и нарушению его симметричности;

- Слишком поверхностное введение филлера в зонах утоньшения кожи(Эффект Тиндаля);

- Миграция филлера;

- Появление гранулем;

- Наличие ощущения инородного тела.

**Противопоказаниями к процедуре являются:**

- воспалительный процесс в месте инъекции,

- обострение хронического заболевания,

- миастения, гемофилия,

- беременность и лактация.

- наличие злокачественных образований;

- склонность к образованию келоидов

- родинки, папилломы, невусы в зоне уколов;

- нарушение свертываемости крови;

- Эпилепсия;

- возраст менее 18 лет;

- индивидуальная непереносимость или повышенная чувствительность организма к препарату;

**7)Мне разъяснено, что возможны побочные явления, связанные с действием препарата Гиалуронидаза:**

- Аллергия. Степень серьезности аллергической реакции может разниться – от отека и зуда до анафилактического шока.

- Препарат может способствовать выведению из организма не только филлера, но и собственных запасов гиалуроновой кислоты.

- Гематомы;

- Отеки;

- Болезненность в месте инъекции;

- Неравномерное рассасывание тканей (асимметрия, образование ямочек);

**Я обязуюсь соблюдать следующие рекомендации:**

- В течение первых 10-12 часов после инъекций исключить любое воздействие на кожу (умывание, прикосновения рук, резкие перепады температур, различные процедуры по уходу за кожей).

- В течение 10-14 дней после введения препарата нежелательно проведение других интенсивных процедур в зоне инъекции (срединные пилинги, шлифовки и т.д.)

-В течение 14 дней после процедуры ограничить тепловые процедуры (бани, сауны, солярии).

**8)** Я сообщил (а) информацию обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства. Я сообщил (а) информацию о ранее перенесенных мной заболеваниях и принимаемых/применяемых мною медикаментах, лекарственных средствах и т.п. Я сообщил (а), что не состою на диспансерном учете у специалистов, и другие сведения, запрашиваемые врачом.

**9)**Я удостоверяю, что ознакомился (ась) с вышеперечисленным. Понял(а) и согласен(на) на проведение данного вида платных медицинских услуг

Полученные объяснения врача мне понятны и меня удовлетворяют. Со мою были обсуждены все правила, которых надо придерживаться до и после процедур. Мне была разъяснена сущность процедуры, ее потенциальная польза и факторы риска. На все мои вопросы я получил(а) ответ.

**10)**Я даю добровольное согласие на проведение предложенных процедур.

Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись врача, указание Ф.И.О врача) (Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)

**Процедура «Удаление филлера»** мне оказана. Претензий к ООО «Клиника Соколовой» и врачу, проводившему процедуру, не имею

\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_({shortfio})

(Подпись Заказчика, указание Ф.И.О.)