

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на процедуру ультразвукового лифтинга аппаратом «Doublo» (A22.01.001.002 Ультразвуковой пилинг) **Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/11927 от 25.05.2012**

Я,.....

Даю свое согласие на проведение процедуры ультразвукового лифтинга в области
.....врачом ООО"К.Л."МЦКЗ"Эстетик-центр".....

Аппарат «Doublo» (Hironic) является источником высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (технология HIFU), который воздействует на SMAS (поверхностную мышечно-апоневротическую систему лица). В результате контролируемой коагуляции биологической ткани возникает сокращение SMAS и мягких тканей лица через 1-6 месяцев после процедуры.

Показания к ультразвуковому лифтингу: подтяжка кожи лица без длительной реабилитации;
уменьшение «брылей» или неровностей по контуру нижней челюсти; подтяжка мягких тканей шеи; улучшение качества кожи и выравнивание рельефа кожи.

Ожидаемые эффекты: уменьшение глубины морщин, уменьшение видимых проявлений гравитационногоптоза мягких тканей, увеличения сниженного тонуса кожи. Достигнутый эффект может быть оценен эстетически и не всегда совпадает с ожиданиями пациентов.

Альтернативными методами являются лазерное омоложение кожи, мезонити, внутрикожное введение препаратов для увеличения тонуса кожи.

Эффект может быть замечен сразу после процедуры, но он не является стойким, так как является следствием отека тканей. Первый эффект лифтинга может быть оценен через месяц процедуры и может нарастать до 6 месяцев после процедуры. Возможно оценить эффект с помощью ультразвуковой диагностики, на которой видно уплотнение кожи пациента и контрольного фотографирования до и после процедуры. **Длительность эффекта** от 1 до 2 лет.

Противопоказания :1.Беременность и лактация 2.Системные или местные заболевания кожи, воспалительные заболевания в месте обработки 3.Применение антикоагулянтов или других препаратов, препятствующих агрегации тромбоцитов и свертывания крови (Но разрешается применять небольшие дозы аспирина или НПВС) 4. Прием стероидов или иммуносупрессивная терапия 5. Психические заболевания 6.Перманентные филлеры в зоне обработки 7.Прием антидепрессантов 8.Невриты, келоидные рубцы, контрактуры в анамнезе 9. Нарушения чувствительности в зоне обработки 10. -сахарный диабет в стадии декомпенсации;

Относительные противопоказания :(в этих случаях, возможно не будет получен желаемый эффект)1.Курение 2. Вегетарианец 3.Менопауза 4. выраженный пролапс орбитальной клетчатки, чрезмерное снижение эластичности кожи, избыточный птоз бровей, выраженные глубокие морщины 3-4 степени 5.пациенты, получавшие различные виды аппаратного лечения с отсутствием результатов или наличием осложнений 6.Завышенные ожидания пациента 7.Истощение организма недавно перенесенными заболеваниями, прием антибиотиков

Возможны побочные эффекты: 1.непродолжительная эритема (покраснение кожи) в области воздействия (1-4 дней); 2.непродолжительный отек кожи (4-7 дней и дольше вследствие индивидуальных особенностей организма);

3.асимметрия лица и/или нарушение мимики вследствие отека мягких тканей лица или повреждения нервных окончаний 4.термическое повреждение анатомических структур лица; 5.неглубокие ожоги кожи в зоне проведения процедуры (проходят самостоятельно без специального лечения). 6.временные нарушения чувствительности в зоне обработки 7. болевые ощущения в зоне обработки в течении 1-3 недель

Рекомендации после процедуры:

1.Не подвергать обработанные области воздействию высокой температуры в течении как минимум 1 недели (сауна, баня, термопроцедуры) 2.Возможно нанесение макияжа сразу после процедуры 3.Обязательно применять защитные средства с SPF-фактором 50 в течении месяца после процедуры в период солнечной активности

Я подробно информировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесённых заболеваниях и травмах, хронической сопутствующей патологии, о вредных привычках и наследственных заболеваниях,

Я понимаю, что при возникновении побочных действий может потребоваться дополнительное лечение в виде приема препаратов или физиотерапии.

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время процедуры - жжения, рези, покалывания, онемения, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, болевых ощущений после процедуры.

Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, а также индивидуальных реакций на самочувствие).

Мне предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей процедуры.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры контурной пластики.

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью центра. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто

Пациент (законный представитель)



Врач

Дата

Количество линий.....

