

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ МЕЗОТЕРАПИИ

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения ФИО проживающий(- ая) по адресу: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ доверяю проведение процедуры мезотерапии врачу косметологу **Куликовой Ларисе Михайловне**

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:*

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ФИО паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

\_\_\_\_\_  
ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения.

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры мезотерапии и с ходом самой процедуры. Мне рассказали, и я понял (-а), что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения лекарственных веществ с целью профилактики старения кожи, ее омоложения, лечения целлюлита, угревой болезни, а также лечения различных заболеваний. Микроинъекции проводятся тончайшими иглами вручную или с помощью мезоинжектора. На консультации врач вместе со мной подробно обсудил все вопросы, касающиеся использования мезотерапии, выбрал препараты для устранения моей проблемы и составил программу выполнения процедур. На основании собранного анамнеза и проведенного осмотра врач в моем присутствии заполнил карту амбулаторного больного. Я сообщил(-а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье, проведенных мне ранее процедурах мезотерапии, применявшихся в этих процедурах препаратах и других методах коррекции эстетических недостатках моей внешности. Кроме того, я сообщил(-а) обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства. Мое внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течение нескольких часов или дней, отечность, болезненность и гематомы в местах инъекций. Я понимаю, что для достижения желаемого результата необходимо пройти курс. Количество процедур и выбор препарата определяется врачом. Меня ознакомили с альтернативными методами лечения эстетической проблем, среди которых: фототерапия, лазеротерапия, радиоволновая терапия, массаж, уходовые маски, химические пилинги, криотерапия, озонотерапия, аппаратные методики, и я полностью поддерживаю выбранную лечащим врачом методику мезотерапии. Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре мезотерапии, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется, либо я умышленно скрыл(-а) их от моего лечащего врача.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

Показаниями к проведению мезотерапии являются:

- Акне
- Гиперпигментации, витилиго
- Бородавки, розацеа, мелкие расширенные сосуды нижних конечностей, трофические язвы
- Локальное ожирение (зоны галифе, области живота, полные руки, плечи, общее ожирение, целлюлит)
- Возрастные изменения кожи: снижение тонуса, тургора, эластичности, морщины
- Различного вида рубцы кожи: растяжки (стрии)
- Отеки
- Состояние кожи после пластических операций, химического пилинга, лазерной дермабразии (для сокращения реабилитационного периода)
- Подготовка кожи к пластическим операциям (для профилактики осложнений, оптимизации результата)

Противопоказаниями к процедуре мезотерапии являются:

- Беременность, лактация
- Острые инфекционные и воспалительные заболевания, герпес, папилломы
- Эпилепсия
- Сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь 3 ст, ИБС)
- Склонность к келоидным и гипертрофическим рубцам
- Низкий порог болевой чувствительности, патологическая боязнь иглы (для инъекционной мезотерапии)
- Индивидуальная непереносимость компонентов используемого средства
- Аллергические заболевания
- Желчекаменная болезнь (при коррекции целлюлита)
- Нарушение свертываемости крови в результате заболевания (гемофилия)
- Наличие кардиостимулятора (для физиотерапевтических воздействий)

Я понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на процедуру подписью.

Врач: Куликова Л.М.

Пациент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись)