

Информированное согласие на проведение процедуры коррекции локальных жировых отложений препаратом Aqualyx

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Врач _____ (ФИО),

имеющий высшее медицинское образование и специализацию по _____, прошедший обучение по технике ИНТРАЛИПОТЕРАПИИ, информировал меня о цели проведения процедуры адипоцитолитического действия препаратом Акваликс, ожидаемых результатах и осложнениях.

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Лечение включает в себя глубокое введение в жировую ткань препарата с повреждающим действием на жировые клетки, что в свою очередь приводит к истончению жира в обработанной области. Данная процедура может быть дополнена применением ультразвука в обрабатываемой области.

Все препараты и приборы, используемые в процедуре, одобрены и зарегистрированы на территории России.

Я полностью подтверждаю, что на доступном для меня языке, мне объяснено о возможных рисках процедуры и нежелательных эффектах, возможных болевых и других негативных реакций характерных для нормально протекающего послеоперационного периода. Я получил(а) информацию об имеющихся, на сегодняшний день, других методах коррекции локальных жировых отложений, их преимуществах и недостатках. Исходя из вышесказанного, я подтверждаю, что сделал(а) сознательный и свободный выбор лечения, описанного выше.

Я согласен(а), что могут возникнуть осложнения при использовании данной методики:

Побочные эффекты и осложнения, общие для любых косметических процедур, в том числе аллергические реакции на вводимые препараты, кровоподтеки, отек или воспаление, которые проходят в короткий срок без лечения

Риски и осложнения связаны с обезболиванием.

Побочные эффекты и осложнения, связанные непосредственно от проведения вышеописанной процедуры боль, покраснение, отек, возможность инфекции, некроза кожи, пигментации кожи, образование неровностей и фиброза.

Об осложнениях на системном уровне информации не получено.

Я согласен(а) на проведение анестезии под руководством врача, по мере необходимости.

Я согласен(а), что в ходе вмешательства могут возникнуть обстоятельства, требующие внесения изменений в предыдущие планы и даю специальное разрешение для их лечения, включая биопсию, рентгенографию, переливание крови, и так далее, а так же привлекать других специалистов для оказания мне полноценной помощи.

Я понимаю, что целью лечения является улучшение своей внешности и возможно, что некоторые недостатки сохранятся и ожидаемый результат для меня будет не полным, что результат лечения зависит от индивидуальной чувствительности на вводимый препарат, способности моей кожи к образованию фиброза и других индивидуальных реакций. Я понимаю, медицина не точная наука, и никто не может гарантировать абсолютный результат, и подтверждаю, что не получил(а) таких гарантий.

Я был проинформирован о том, что количество процедур и/или количество продукта, необходимых для достижения желаемого эффекта, невозможно знать заранее и это зависит от индивидуальных особенностях конкретного пациента.

Я согласен(а) выполнять инструкции и назначения врача, в меру своих возможностей, в период до и после процедуры.

Я подтверждаю, что сообщил полные данные о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях.

Я согласен(а) на фотодокументирование процедуры, которое может быть использовано для научных, учебных целях, но не будет нарушать моих конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Мне подтвердили конфиденциальность сообщенной мною информации в соответствии действующему закону о защите прав потребителей, а так же в праве отказаться от проведения процедуры и отзыва информированного согласия.

Я полностью понял(а) все выше перечисленное и сказанное моим врачом и осознанно даю согласие на проведение процедуры и подпись Информированного согласия в двух экземплярах.

Подпись доктора: _____

Подпись пациента: _____

Дата: “__” _____ 20__ г.

Я _____ отказываюсь от проведения процедуры. О последствиях своего решения я полностью информирована.

Подпись доктора: _____

Подпись пациента: _____

Дата: “__” _____ 20__ г.