Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество - полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю согласие на проведение процедуры мезотерапии препаратом:

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

Курс мезотерапии проводится под поверхностной анестезией или без нее. Мезотерапевтическое вмешательство осуществляется путем серии вколов и внутрикожного введения фармакологически активных веществ.

**Возможные побочные эффекты и осложнения после сеанса мезотерапии:**

Сразу после процедуры:

* Покраснение обработанной зоны – от 15 минут до 2-3 часов.
* Боль в зоне введения препарата.
* Головная боль. При боли высокой интенсивности – принять таблетку обезболивающего.
* Учащенное сердцебиение, повышение давления, повышенная потливость, покалывания в области сердца или под лопаткой, ощущение тревоги.
* Мелкие красные точки - следы от вколов могут сохраняться до 2 суток на лице и до 4-5 суток на области рук, декольте.
* Синяки длительностью до 14 дней на лице и до 1 месяца на теле, в зависимости от сосудистой реакции.
* Сразу после сеанса мезотерапии возможен небольшой отек обработанной зоны. Отек может сохраняться до суток.
* Аллергическая реакция на один из компонентов препарата.

Спустя время после процедуры:

* Дополнительные синяки, появляющиеся через сутки после мезотерапии (это говорит о слабости сосудистой стенки, необходимо укрепление сосудов).
* Появление неравномерной пигментации (при нахождении на солнце без защитного крема).
* Инфекционные осложнения, развитие воспалительной реакции в зоне введения препарата (при несоблюдении рекомендаций).
* Появление рубцов (при склонности к патологическому рубцеванию).
* Кратковременное повышение температуры, увеличение лимфатических узлов.
* Обострение соматического заболевания.
* Аллергическая реакция замедленного типа, спустя 2-3 суток после процедуры.

**Рекомендации после сеанса мезотерапии:**

В день процедуры:

* В течение трех часов после процедуры не трогать лицо руками.
* Избегать нанесения на кожу любой косметики – в течение суток после мезотерапии. Умываться разрешается простой водой без пенок и гелей.
* В день мезотерапии не посещать бассейн, спорт-зал, не переохлаждаться, не перегреваться.
* Исключить уборку квартиры, садовые и другие грязные хозяйственные работы – не менее 48 часов после процедуры.
* Отказаться от массажа и косметологических аппаратных процедур на три дня перед мезотерапией.
* В день проведения мезотерапии не назначаются никакие другие косметологические процедуры.

На весь курс процедур:

* В течение 5-7 дней стоит воздерживаться от перегрева, переохлаждения и яркого солнечного света: не загорать, не посещать солярий (во избежание посттравматической гиперпигментации).
* Не стоит посещать баню, сауну, купаться в открытых водоемах, бассейнах в течение 3-5 дней. Так же не увлекаться физическими нагрузками и массажем.
* Планировать посещение стоматолога так, чтобы удаления зубов, имплантация и процедуры мезотерапии не накладывались друг на друга.
* Не рекомендуется совмещать курс мезотерапии с курсом инъекционной гомеопатии, а также с курсами некоторых других процедур – прессотерапии, озонотерапии, микротоков и др. аппаратных методик.
* На весь период мезотерапии необходимо исключить алкоголь. Так же алкоголь противопоказан накануне процедуры.
* Между сеансами мезотерапии рекомендуется мягкий и щадящий уход за кожей, защита кожи от неблагоприятных факторов внешней среды и солнца при помощи солнцезащитных средств и защитной косметики от мороза и непогоды при минусовой температуре.

При возникновении любого побочного эффекта, а также при длительном существовании любого неблагоприятного эффекта следует обратиться к врачу, проводившему процедуру мезотерапии и выполнять его рекомендации. В случае самостоятельного назначение лекарственных препаратов, врач не может нести ответственности за их действие.

Я информирован (информирована) о целях, характере и побочных эффектах, и осложнениях после процедур мезотерапии, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения.

Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо соблюдать рекомендации врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я получил (получила) от врача в письменном виде перечень рекомендаций и предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение рекомендаций после процедуры мезотерапии может осложнить процесс лечения и стать причиной развития побочного эффекта.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на курс мезотерапевтических процедур.

Разрешаю, в случае необходимости, использование информации о моем диагнозе, степени тяжести заболевания и фотографий, демонстрирующих результаты лечения.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

 (Должность, И.О. Фамилия)