

# Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

## 1. Общие положения.

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_, в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства: нитевой лифтинг лица и шеи нитями RESORBLIFT.

Настоящее согласие дано Обществу с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года, по адресу \_\_\_\_\_ далее – «Клиника».

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств, я уполномочиваю врача Клиники \_\_\_\_\_ (далее – «Лечащий врач»).

## 2. Показания, противопоказания и действие медицинского вмешательства.

Мне разъяснены возможные варианты и доступные методы проведения медицинских вмешательств.

Мне разъяснены характер и объем выбранного мною медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что Лечащий врач разъяснил мне характер, объем и сроки планируемого лечения. Мне разъяснено, что нитевой лифтинг применяется при коррекции возрастных изменениях мягких тканей лица и шеи, при появлении морщин и углублении складок на лице, при опущении углов губ, тканей верхней, средней и нижней трети лица и шеи, для профилактикиптоза мягких тканей лица и шеи, улучшения качества кожи.

Противопоказаниями к проведению нитевого лифтинга лица и шеи являются следующие состояния пациента: беременность, обострение психических заболеваний, нарушения процессов свертывания крови, онкология (ограниченно), тяжелая анемия, воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры, индивидуальная непереносимость.

Нитевой лифтинг лица и шеи оказывает следующее действие на пациента: подтяжка и фиксация мягких тканей, омолаживающий эффект, замедление процессов старения, формирование прочного каркаса, поддерживающего мягкие ткани.

## 3. Общие и специализированные риски.

Мне в доступной форме разъяснено, что медицинские вмешательства несут в себе определенные риски и осложнения.

При проведении нитевого лифтинга лица и шеи может возникнуть:

- гематомы и отек в зоне проведения процедуры;
- воспалительные явления в зоне проведения процедуры;
- появление асимметрии и складок кожи;
- контурирование нити;
- втяжения кожи в местах прокола иглой.

Я также получил(а) подробные объяснения об иных, более редких осложнениях, которые могут возникнуть во время проведения нитевого лифтинга.

## 4. Медицинские ограничения и рекомендации.

Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее, в том числе:

---

---

---

---

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

## 5. **Заключительные положения.**

Подтверждаю, что содержание медицинских действий и связанных с ними риск, а также возможные осложнения мне известны.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Я подтверждаю, что сообщил(а) Лечащему врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я принимаю возможность наступления осложнений, указанных в настоящем информированном согласии и других осложнений.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности Лечащего Врача Клиники, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата

Я прочитал(а) данное согласие на операцию, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинские вмешательства.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
Расшифровка подписи

Подпись Лечащего врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
Расшифровка подписи

## СХЕМА ИМПЛАНТАЦИИ НИТЕЙ RESORBLIFT

