

## Информированное согласие пациента на проведение процедуры мезопрепаратом PINK GLOW

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

настоящим подтверждаю, что меня подробно проинформировали о процедуре  
мезопрепаратом \_\_\_\_\_ её целях, возможных рисках и побочных  
эффектах.

Контактный телефон для врача: \_\_\_\_\_

### ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Процедура с мезопрепаратом PINK GLOW — это косметологическая процедура, направленная на улучшение качества и внешнего вида кожи: повышение увлажнённости, упругости и сияния, выравнивание тона и оздоровление кожи. В ходе процедуры в зоне обработки применяется мезопрепарат PINK GLOW с активными компонентами, которые способствуют питанию, восстановлению и обновлению кожи.

### ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

- **Отёки и покраснения:** лёгкие отёки и покраснения в зоне обработки, которые обычно проходят в течение нескольких дней.
- **Синяки:** могут возникнуть в зоне проведения процедуры, но обычно проходят в течение недели.
- **Аллергические реакции:** в редких случаях возможны аллергические реакции на компоненты мезопрепарата.
- **Чувствительность и дискомфорт:** временное ощущение жжения, зуда или болезненности в зоне обработки.
- **Изменение чувствительности кожи:** временное повышение чувствительности кожи в зоне обработки.

### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

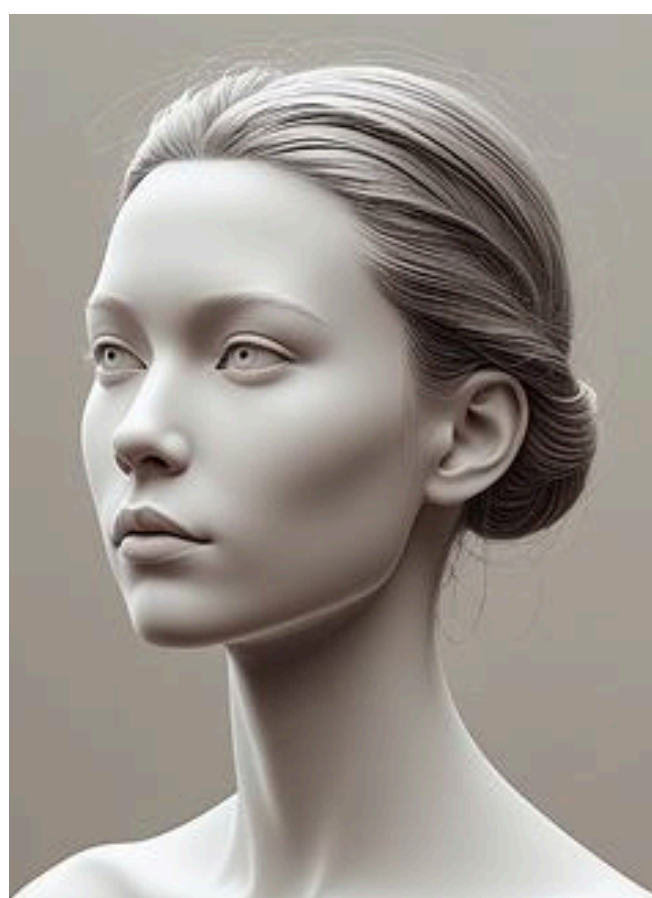
- Беременность и лактация.
- Острые воспалительные процессы и повреждения кожи в зоне проведения процедуры.
- Склонность к келоидным рубцам.
- Аутоиммунные заболевания.
- Аллергия на компоненты мезопрепарата.
- Сахарный диабет в стадии декомпенсации.
- Онкологические заболевания.
- Нарушения свёртываемости крови.
- Инфекционные заболевания в стадии обострения.

### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ

#### Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО:

- Получил(а) полную информацию о процедуре с мезопрепаратом PINK GLOW, её целях, возможных рисках и побочных эффектах.
- Имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы.
- Понимаю и осознаю все риски и возможные побочные эффекты, связанные с данной процедурой.
- Добровольно соглашаюсь на проведение процедуры с мезопрепаратом PINK GLOW.

Я согласен(а) на проведение фото- и видеосъёмки процедуры и разрешаю врачу и ООО «ГЛОУБАРТ» использовать мои фото- и видеоматериалы до и после процедуры в научных и маркетинговых целях.



### ДАННЫЕ ВРАЧА

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Специализация: \_\_\_\_\_

Контактные данные: \_\_\_\_\_

### ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Название учреждения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_