

# Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

Мезонити INTRARICH рассасывающиеся стерильные из полидиоксанона для тредлифтинга тканей с иглами-носителями различных размеров предназначены для коррекции контуров лица и тела, профилактики преждевременного старения и ревитализации кожи.

## **Показания:**

Дряблость, увеличение площади кожи, утрата тонуса, цвета, шероховатость, появление морщин (носогубные складки, губоподбородочные морщины, нососкуловая борозда, кисетные морщины, периорбитальные морщины, складки перед и за ушной раковиной). Гравитационный птоз щек и субментальной области, опустившиеся наружные края бровей, дряблые ткани шеи. Утрата тонуса отдельных мышц и мышечных групп. Целлюлит, коррекция фигуры. Неровный рельеф кожи после липосакции.

## **Противопоказания:**

Аутоиммунные заболевания; тяжелые соматические заболевания; гемофилия; психические нарушения; злокачественные новообразования; воспалительные заболевания кожи в области проведения процедуры; ранее введенные не биодеградирующие инъекционные имплантаты в зоне проведения процедуры; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; лихорадочные состояния; беременность и лактация, повышенная температура.

## **Возможные нежелательные явления и осложнения:**

Местные реакции: гематома, боль, локальный отек, уплотнение, эритема, телеангиэктазия, узелки, гранулемы.

При наличии иммунных нарушений возможны: аллергия, саркоидоз кожи.

Инфекционные осложнения: инфицирование места инъекции (стафилококковая инфекция), абсцесс.

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО, полностью, печатными буквами)

Дата рождения: \_\_\_\_\_,  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
даю своё согласие на проведение процедуры тредлифтинга в косметических целях врачом:

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача, полностью, печатными буквами)

и подтверждаю, что:

1. Мой врач подробно ознакомил меня с показаниями и противопоказаниями применения мезонитей и самой процедурой. Я получил(а) исчерпывающую информацию по всем интересующим меня вопросам.
2. Врач проинформировал меня, что непосредственно после проведения процедуры в зоне инъекций может появиться отёк, покраснение и ощущение болезненности кожи, покалывание, а также возможно развитие гематом. Эти реакции являются нормальными и исчезают от 3-х (отёки, покраснения, болезненность) до 7-10-ти суток (гематомы).
3. Врач проинформировал меня о том, что материал находится в тканях от 180-ти до 240-ка дней с последующей полной резорбцией. Периодические повторные процедуры способны поддерживать желаемую степень коррекции и пролонгируют лечебный и эстетический эффект.
4. Заболевания, указанные в противопоказаниях в моем анамнезе, отсутствуют. Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронических сопутствующих патологиях.
5. Процедура тредлифтинга проводится в клинике, имеющей лицензию на терапевтическую косметологию или пластическую хирургию, дипломированным врачом-косметологом, прошедшим обучение по тредлифтингу у компании-поставщика. С дипломами и лицензиями ознакомлена.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

### Рекомендации:

Ограничить мимическую активность (в период до 7-ми дней); избегать повышенных физических нагрузок (в период до 14-ти дней); избегать резкого перепада температур (посещение бань, саун, соляриев в период до 7 дней); не наносить в течение 12-ти часов декоративную косметику; не разминать и не массировать области введения мезонитей в течение 7-10 дней.

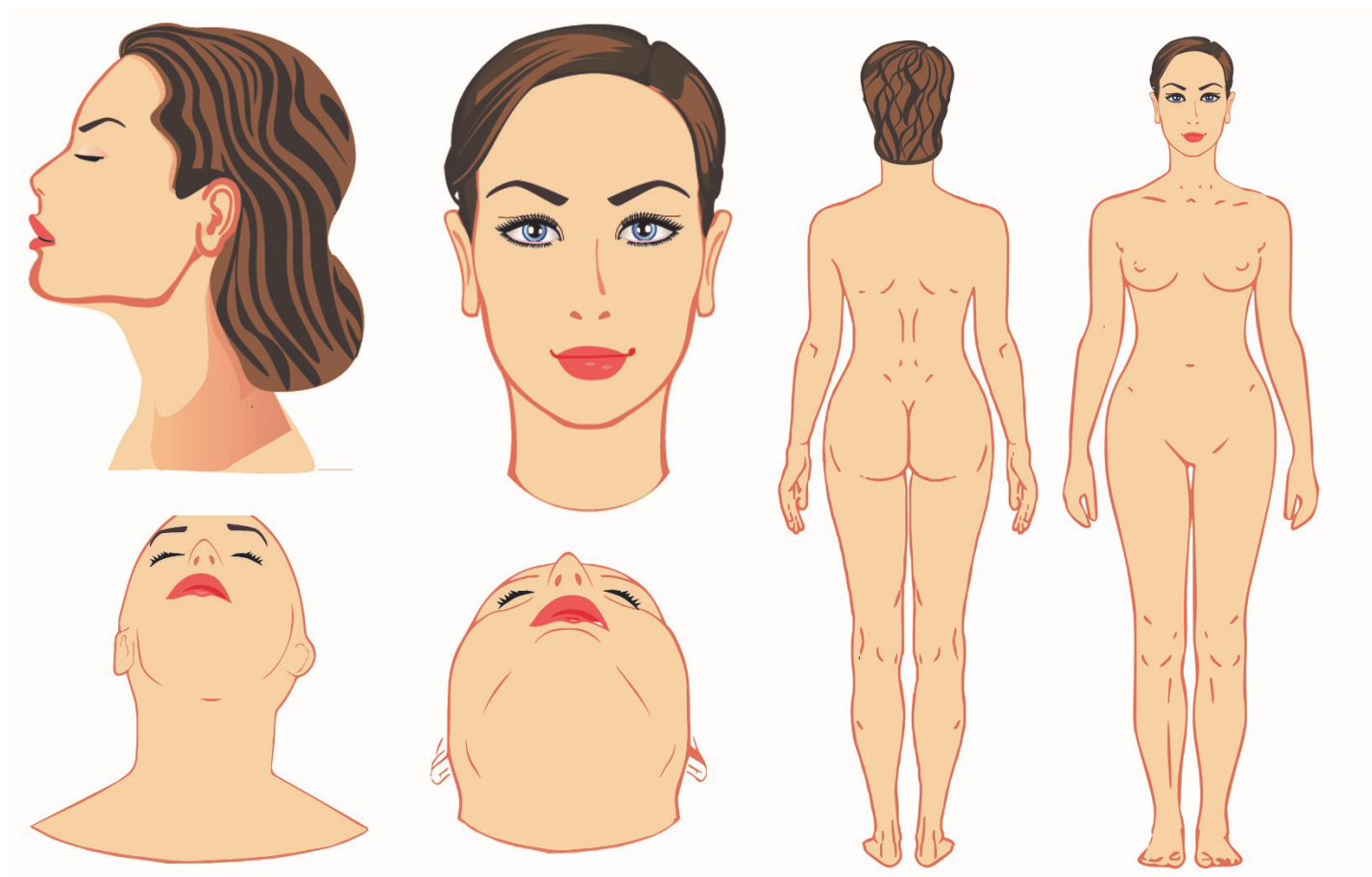
Прийти на контрольный осмотр через 3-4 дня после процедуры. В случае нежелательных реакций незамедлительно обратиться к лечащему врачу-косметологу.

1. Я обязуюсь следовать всем указанным рекомендациям и предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций освобождает врача от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.
2. Своей подписью я подтверждаю согласие на проведение процедуры тредлифтинга – армирования мезонитями в области:

(указать область)

3. Я подтверждаю, что в вышеуказанные области мне не вводились инъекционные препараты пролонгированного срока действия. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия самостоятельно.
4. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов.
5. Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной процедуры возможно появление непредвиденных обстоятельств и осложнений.
6. Врач своей подписью подтверждает, что он имеет достаточную квалификацию для осуществления данной процедуры.

## СХЕМА ИМПЛАНТАЦИИ НИТЕЙ INTRARICH



Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_