

**Информированное согласие пациента
на проведение процедуры PRX-T₃₃[®] терапии
на препаратах WiQo Med и WiQo.**

ФИО пациента _____

Диагноз _____

Я _____ (ФИО)

уполномочиваю доктора _____
(далее - Врача) и его ассистентов выполнить процедуру по

/указать конкретные показания/

Содержание и результаты процедуры, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял/а/.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры я имею право отказаться от процедуры.

Я осведомлен/а/ об альтернативных услугах, а также о том, что я имею право на выбор иного медицинского учреждения в соответствии с законодательством РФ.

Мне предоставлена информация по показаниям к применению PRX-T₃₃[®] терапии:

- возрастные изменения, заломы, снижение эластичности;
- постакне;
- неровный тон кожи;
- гиперпигментация;
- рубцы;
- стрии;
- шрамы.

Мне предоставлена, в доступной для меня форме, полная информация о целях, характере и особенностях процедуры.

Я понимаю, что клинические результаты могут различаться, в зависимости от индивидуальных факторов, типа кожи, соблюдения мной рекомендаций в период до и после лечения, а также индивидуальной ответной реакции на лечение.

Я понимаю, что во время процедуры я могу испытывать покалывание, жжение, зуд различной степени в зависимости от индивидуальной чувствительности.

Я понимаю, что во время процедуры на моей коже может возникнуть эритема (покраснение), отечность, гипопигментация, гиперпигментация.

Я понимаю, что на результат процедуры влияют такие факторы, как возраст, состояние здоровья, состояние кожи, степень фотоповреждения, курение, климатические условия и др.

Мне разъяснено, и я осознаю, что процедура не гарантирует мне 100% желаемого результата.

Я понимаю, что процедура PRX-T₃₃[®] терапии может быть мне противопоказана по индивидуальным причинам.

Противопоказанием к проведению процедуры являются:

- аллергические реакции;
- повышенная чувствительность к компонентам препарата;
- беременность, лактация;
- острый инфекционный процесс, лихорадка, ОРВИ итд;
- аутоиммунные заболевания в стадии обострения;
- онкологические заболевания;
- хронические соматические заболевания с стадии декомпенсации.

Я понимаю, что для достижения наилучших результатов мне может понадобиться несколько процедур.

Я понимаю, что побочные эффекты от процедур маловероятны, но не исключены, и что после процедуры возможно шелушение разной степени выраженности.

Я понимаю, что в случае возникновения побочных эффектов мне понадобится комплекс мер, предусмотренных специалистом по PRX-T33® терапии. В случае проявления неожиданных реакций кожи (длительный зуд, покраснение, высыпания, воспаления) я немедленно свяжусь со специалистом, проводившим процедуру.

Я предупрежден, что во время процедуры могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен/на/ на то, что ход процедуры может быть изменен врачом по его усмотрению.

Я предупреждена и понимаю, что несоблюдение указаний /рекомендаций/ и назначений врача /в том числе, но не ограничиваясь указанных в Памятке/, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, либо быть причиной осложнений, неблагоприятных последствий, требующих последующего длительного лечения.

Я согласен/на/ во время прохождения курса процедур и в течение 7 дней после последней процедуры избегать воздействия на кожу ультрафиолетовых лучей, в том числе посещения солярия, а также избегать активных физических нагрузок, посещения бани, сауны, горячих ванн.

Я понимаю, что в течение 7 дней до начала и после окончания курса мне следует воздержаться от других косметологических процедур, в том числе с применением продуктов других марок. Это касается как области, подвергшейся воздействию во время прохождения курса процедур, так и незатронутых участков кожи. Следует использовать крем с солнцезащитным фактором.

Я ознакомлена, что с целью получения более выраженного результата мне был рекомендован домашний уход в виде интенсивного питательного крема WiQo и флюида WiQo.

Я сообщил/а/ правдивые сведения о состоянии своего здоровья, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также любых средств, применяемых во время проведения курса процедур PRX-T33®.

Я _____ согласен/на/ на фото-видеосъемку хода процедуры и их демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения медицинской тайны.

Я согласен/на/ с вышеперечисленными пунктами и намерен/на/ пройти процедуру (курс процедур) PRX-T33® терапии. Я подтверждаю, что буду следовать рекомендованному курсу пред- и постпроцедурного ухода.

Мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно даю свое согласие на проведение процедуры _____.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного добровольного согласия я имел/а/ возможность задавать все интересующие меня вопросы и на все вопросы получила /получил/ ответы.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною в 2-х экземплярах.

Экземпляр информированного добровольного согласия и памятка мною получены.

ФИО пациента (печатными буквами)	Подпись пациента	Дата
-------------------------------------	------------------	------

ФИО врача (печатными буквами)	Подпись врача	Дата
----------------------------------	---------------	------