

# ООО «Клиника красоты Джаватхановой Амины»

Медицинская лицензия ЛО -05-01-001837

Фарм-я лицензия ЛО -05-02-001248

ИНН 0571011783 КПП 057101001

ОГРН 1170571021356

г. Махачкала, ул. Ермошкина, 99  
Тел.: 8928-250-96-23 8988-291-99-69

Добровольное информационное согласие на услугу:  
коррекцию косметических дефектов - гиалуроновым гелем  
Я, (ФИО) \_\_\_\_\_

Информирован (а) о методе устранения косметических дефектов инъекционными методами, связанных с введением внутривенно с помощью различных техник гелей, содержащих гиалуроновую кислоту. Гиалуроновый гель является биodeградирующим. Как естественный метаболит, идентичный гиалуроновой кислоте всех живых организмов, он встраивается в окружающие ткани и с течением времени распадается под воздействием ферментов, оставляя объем ткани прежним.

#### Показания к использованию

Временная коррекция кожных дефектов; Коррекция возрастных изменений кожи; Для нормализации функции сальных желез; Для улучшения цвета лица; Лифтинга кожи зоны имплантации; При обезвоживании кожи после загара, солярия или воздействия пониженных температур.

#### **Противопоказания к использованию биodeградируемых имплантов:**

Нестабильный психоэмоциональный статус, Герпесактивная стадия, Иммунодефицитные состояния, Воспалительные заболевания кожи на момент осмотра, Сепсис и септицемия в анамнезе, Заболевания соединительной ткани (дерматомиозит, склеродермия, красная волчанка и др.), Псориаз, Гиперчувствительность к любому компоненту изделия, Введение материала вблизи гемангиом, ангиодисплазий, при варикозных изменениях вен, При нарушении целостности кожных покровов в зоне введения, включая интервал менее одного месяца после глубокого химического пилинга и механической обработки кожи (дермабразия) и лазерного воздействия на кожу, Отягощенный аллергологический анамнез, Инфекционно - аллергическая бронхиальная астма, Сахарный диабет, Активная фаза туберкулеза, При клинически значимых нарушениях свертываемости крови или у пациентов, получающих антиагреганты, Пациенты, получающие терапию цитостатиками, глюкокортикостероидами, Злокачественные новообразования, Беременность или кормление грудью, Хронические заболевания в стадии декомпенсации, Склонность к образованию келоидных рубцов

#### **Нежелательные явления:**

1. Гематомы в месте введения геля;
2. Местные реакции в местах инъекций: отек, боль, зуд, чувство распирания, гиперемия, болезненность в месте введения, проходят самостоятельно через несколько часов после имплантации;
3. Аллергические реакции на компоненты геля;
4. Нарушение пигментации кожи в местах инъекций (при воздействии после процедуры на место имплантации УФ).

При сохранении любой нежелательной реакции более одной недели необходимо обратиться к врачу для проведения соответствующего лечения.

#### **Длительность косметического эффекта зависит от:**

1. Возраста пациента
2. Состояния кожи: влажности, тургора, мимической активности.
3. Полноценности ухода за кожей, вредных привычек, условий жизнедеятельности.
4. Гормонального статуса - при снижении количества эстрогенов, влажность и тургор кожи понижается и период эффективности от процедуры значительно ниже.
5. Психоэмоционального статуса пациента часто отражает уровень основного обмена, чем он выше, тем короче эффект от процедуры.

#### **Рекомендации:**

1. в течение всего курса рекомендуется перед выходом на улицу использовать любые солнцезащитные средства с SPF не менее 10-25, в зависимости от фототипа кожи;
2. после прохождения процедуры следует строго воздерживаться от нанесения макияжа, употребления алкоголя, посещения сауны, турецкой бани, длительного воздействия солнца и активной физической нагрузки в течение 24 часов недели после прохождения процедуры;
3. в течение 24 часов после процедуры пациентам следует избегать надавливания на области, подвергшиеся коррекции;
4. Через неделю - на осмотр к врачу-косметологу.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и планом его проведения. Я согласна на проведение фотосъемки до, и после и в ходе процедур.

Также я проинформирована о стоимости процедур.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Ф.И.О., подпись Врача - косметолога \_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_