**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**На процедуру тредлифтинга – армирования мезонитями Bio S Line**

**Зарегистрированы на территории РФ РЗН 2016/5261 от 26 янв 2017г.**

**Нити Bio S Line ( Био С Лайн) из полидиоксанона стерильные рассасывающиеся для лифтинга тканей на атравматичных иглах-носителях различных размеров.**

Мезонити, 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, губо-подбородочные морщины, нососкуловая борозда, кисетные морщины, периорбитальные морщины, складки перед и заушной 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 небиодеградирующие инъекционные имплантаты в зоне проведения процедуры; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов; лихорадочные состояния; беременность и лактация.

**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)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача, полностью, печатными буквами)

и подтверждаю, что мой врач подробно ознакомил меня с показаниями и противопоказаниями применения мезонитей и самой процедурой. Я получил (а) исчерпывающую информацию на все интересующие меня вопросы.

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).

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.

**Рекомендации**

Ограничить мимическую активность (в период до 7-ми дней); избегать повышенных физических нагрузок( в период до 5-ти дней); избегать резкого перепада температур(посещение бань, саун, соляриев); не наносить в течение 12-ти часов декоративную косметику; не разминать и не массировать области введения мезонитей в течение 7-10 дней.

Мною получена достаточная информация и сделаны все пояснения. Обязуюсь следовать всем указанным рекомендациям. В любом случае, я предупреждена (а), что несоблюдение рекомендаций освобождает врача от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Своей подписью я подтверждаю согласие на проведение процедуры тредлифтинга – армирования мезонитями в области: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать область)

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.

Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов.

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведённой процедуры возможно появление непредвиденных обстоятельств и осложнений.

Врач своей подписью подтверждает, что он имеет достаточную квалификацию для осуществления данной процедуры.

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

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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