

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА

за процедура тредлифтинг с мезоконци Lead Fine Lift

Мезоконците Lead Fine Lift са стерилни биорезорбируеми нишки от полидиоксанон в игли за имплантиране и са предназначени за корекция на контура на лицето и тялото, профилактика на преждевременното стареене и ревитализация на кожата.

Показания:

Отпуснатост, увеличена площ на кожата, загуба на тонус и цвят на кожата, грапавост, бръчки. Гравитационна птоза на бузите и субменталната област, увиснали краища на веждите, отпуснати тъкани на шията. Загуба на тонус на отделни мускули и мускулни групи. Целулит, корекция на фигурата. Неравномерност на текстурата на кожата след липосукция.

Противопоказания:

Автоимунни заболявания, тежки соматични заболявания, хемофилия, психични разстройства, злокачествена неоплазма, възпалителни заболявания на кожата в областта на процедурата, поставени биоразградими инжекционни импланти в областта на процедурата, склонност към образуване на келоиди и хипертрофични белези, треска, бременност и кърмене, повишена температура.

Възможни странични реакции и усложнения:

Локални реакции: хематом, болка, локално подуване, втвърдяване, еритема, възли, грануломи.

При наличие на имунни разстройства са възможни: алергии и саркоидоза на кожата.

Инфекциозни усложнения: инфекция на мястото на инжектиране (стафилококова инфекция), абсцес.

Аз (име, презиме и фамилия на пациента)

_____ ,

Дата на раждане: _____, Адрес _____ ,

давам своето информирано съгласие за провеждане на тредлифтинг процедура от доктор :

като **потвърждавам**, че:

1. Моят лекар ме запозна в детайли с показанията и противопоказанията на мезоконците и самата процедура. Имам изчерпателна информация по всички въпроси, които представляват интерес за мен.

2. Докторът ме информира, че веднага след процедурата в областта на инжектиране може да се появи подуване, зачервяване и чувство на болезненост на кожата, изтръпване и евентуално развитие на хематоми. Тези реакции са нормални и изчезват от 3 (оток, зачервяване, болка) до 7-10 дни (хематом) след процедурата.
3. Докторът ме информира, че материалът остава в тъканите между 180 и 240 дни, след което напълно се резорбира. Периодично повтарящи се процедури са в състояние да поддържат желаната степен на корекция и да удължат естетичния ефект.
4. Нямам заболяванията, посочени като противопоказания. Аз напълно информирах лекаря за алергични реакции и индивидуална непоносимост към лекарства, храни и други вещества, понесени травми, заболявания и съпътстваща хронична патология.
5. Поставянето на мезоконците се извършва в клиника, лицензирана за медицинска козметологията или пластична хирургия от сертифициран специалист, обучен от представител на производителя. Запознат съм с лиценза и сертификата.

Мезоконците Lead Fine Lift бяха разпечатани в мое присъствие от стерилна опаковка.

Препоръки:

Ограничаване на мимическата активност (в период до 7 дни), избягване на интензивна физическа активност (в период до 14 дни), избягване на екстремни температури (посещения на сауни, солариуми до 7 дни), да не се прилага козметика в рамките на 12 часа, да не се притиска и масажират зоната на инжектиране в рамките на 7-10 дни. Да се направи контролен преглед 3-4 дни след процедурата. В случай на нежелани реакции, незабавно се свържете с Вашия лекар или дерматолог.

6. Ще следвам всички тези препоръки и предупреждения, като тяхното неспазване освобождава лекаря от отговорност при неблагоприятен изход на процедурата.
7. С моя подпис декларирам съгласие за процедура тредлифтинг с мезоконци в зоната на: _____ .
8. Декларирам, че в горепосочената зона не са били поставяни инжекционни препарати с продължителен срок на годност.
В противен случай съм отговорен за всички евентуални последствия.
9. Давам съгласието си за контролни снимки преди и след процедурата за сравнителна оценка.
10. Докторът ме предупреди и аз осъзнавам, че както по време, така и след процедурата, може да се появят неочаквани обстоятелства и усложнения.
11. Лекарят потвърждава с подписа си, че има достатъчна квалификация, за да извърши процедурата.

Пациент: _____ Подпис на пациента : _____

Доктор: _____ Подпис на доктора : _____

Дата: _____ 20__ г.