**Информированное добровольное согласие**

**на процедуру карбокситерапии**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата рождения)

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на услугу: ***карбокситерапии ,*** включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н](http://www.audar-info.ru/docs/acts/?sectId=96824) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Европейский Медицинский центр «УГМК-здоровье»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне известны показания к услуге и противопоказания к ней.

***Показания:***

* ***тёмные круги под глазами***
* ***возрастные изменения лица***
* ***снижение эластичности кожи лица и тела***
* ***стрии (растяжки)***
* ***целлюлит***
* ***локальные жировые отложения***
* ***до и после липосакции***

***Эффекты:***

* ***Повышение оксигенации тканей***
* ***Ускорение выведения токсинов***
* ***Усиление неоколлагеногенеза***
* ***Стимуляция ангиогенеза***
* ***Подавление меланогенеза***
* ***Улучшается тонус тканей и внешний вид кожи лица (исчезают пигментация, круги под глазами, сетка морщин.)***

***Противопоказания:***

* ***Острый инфаркт миокарда***
* ***Нестабильная стенокардия***
* ***Острая сердечная недостаточность***
* ***Тяжёлая артериальная гипертензия***
* ***Инсульты***
* ***Острый тромбофлебит***
* ***Гангрена***
* ***Эпилепсия***
* ***Дыхательная недостаточность***
* ***Почечная недостаточность***
* ***Беременность***
* ***Приём ингибиторов карбоангидразы***

***Побочные эффекты:***

* ***Очаговое жжение или сильная боль, кратковременно ощущаемые в области инъекции, зависят от скорости тока газа и болевого порога пациента.***
* ***Ощущение тяжести в конечностях (не более 2 часов) связано с дозировкой (более 200 куб.см в каждую конечность)***
* ***Гиперемия в области инъекции в течение 5-20 минут***
* ***Гематома (старайтесь избегать сосудов и варикозных вен)***
* ***Подкожная крепитация различной длительности (не более 30 минут)***

Я согласен(а) на ведение фотодокументации в процессе проведения процедуры.

Необходим курс процедур!

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 [статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ](http://www.audar-info.ru/docs/laws/?sectId=312096&artId=991956) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 [статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ](http://www.audar-info.ru/docs/laws/?sectId=312096&artId=295952) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.   
(дата оформления)

**Рекомендации после процедуры:**

* перед процедурой в течение недели не принимать больших доз аспирина, жаропонижающих, антикоагулянтов;
* не пользоваться косметикой в течение 12 часов после инъекций;
* избегать сильного холода, посещения сауны, бани неделю после процедуры;