**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение интимной контурной пластики филлерами**

**(**А 16.01.26**)**

Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина/ законного представителя)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю настоящее информированное добровольное согласие врачам ООО «МЦ Ибн Сина» на проведение мне/моему подопечному медицинского вмешательства**:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(Ф.И.О. подопечного)

**\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения.

Врач**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(должность, ФИО)

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящей процедуре проведения интимной контурной пластики филлерами.

Я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели медицинского вмешательства: устранить асимметрию наружных половых органов, скорректировать форму и объем, омолодить ткани.

Мне разъяснено, что интимная контурная пластика представляет собой введение в интимную зону специального препарата на основе гиалуроновой кислоты. Это делается и в эстетических, и в лечебных целях. С помощью инъекционной интимной пластики удается: повысить чувствительность интимной зоны; пробудить спящие нервные окончания в области половых органов; восстановить упругость, плотность слизистой и кожных покровов после родов, резкого похудения, травматических повреждений и возрастных изменений; сузить вход во влагалище, что улучшает качество секса и усиливает ощущения от проникновения для обоих партнеров; изменить размер точки G, сделать ее более чувствительной; скорректировать асимметрию, птоз, гипотрофию половых губ; скорректировать расположение и размер клитора.

Мне разъяснено, что интимная контурная пластика филлерами проводится в амбулаторных условиях.

Мне разъяснено, что интимная контурная пластика требует простой предварительной подготовки: -предварительное посещение гинеколога, проведение осмотра для сбора анамнеза и исключения противопоказаний. За 3-4 дня отказаться от употребления алкогольные напитки, в день процедуры принять душ и удалить волосы в интимной зоне. Процедуру можно провести в любой день цикла после завершения менструации. Чтобы исключить неприятные ощущения, манипуляцию лучше планировать на первую фазу цикла (7-12-й дни).

Мне разъяснено, что интимная контурная пластика филлерами осуществляется следующим образом: пациентка располагается на кушетке, врач выполняет местное обезболивание зоны обработки, затем врач вводит препарат в область подлежащую коррекции. Процедура длится в среднем 15-20 минут в зависимости от объема работ. После на область обработки наносится небольшое количество успокаивающего и питательного крема. Сразу после процедуры пациент отправляется домой и ведет привычный образ жизни.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакциях (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и полностью согласен на её применение.

Лечащий врач уведомил меня о показаниях к выполнению медицинского вмешательства: птоз тканей; проблемы в интимной зоне после родов; низкая чувствительность; недержание мочи; посткоитальный цистит; сухость слизистых оболочек промежности и т.д.

Мне разъяснено, что имеется ряд противопоказаний к проведению медицинского вмешательства: злокачественные новообразования; инфекционные патологии; аутоиммунные заболевания, в том числе сахарный диабет; период беременности, грудного вскармливания; плохая свертываемость крови; дерматологические патологии, проявления которых локализуются в области половых органов; венерические заболевания.

Лечащий врач уведомил меня, что существуют побочные реакции и осложнения после медицинского вмешательства: небольшое жжение, которое может присутствовать в течение 1-2 суток после процедуры. Но это один из вариантов нормы – симптом не требует дополнительного вмешательства. Если же жжение сохраняется дольше 2 суток, следует обратиться к врачу, проводившему интимную пластику.

Лечащий врач уведомил меня, что для ускорения восстановления первые дни после интимной контурной пластики стоит: 2 недели воздержаться от интимной жизни; неделю после процедуры не принимать горячую ванну, не посещать баню, сауну, бассейн;2 недели ограничить физические нагрузки. Также не рекомендуется купаться в открытых водоемах, чтобы избежать инфицирования.

 Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик обследования: отказ от лечения.

**Мне разъяснено, что в процессе медицинского вмешательства допустимо увеличение стоимости, о чем меня уведомит врач.**

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья/здоровья своего представляемого обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен с тем, что в случае моего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма после проведенного исполнителем медицинского вмешательства, исполнитель не несет ответственности за проведение альтернативного вмешательства сторонним медицинским учреждением.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях медицинского вмешательства, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, путём подписания отказа, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я понимаю, что отказ от медицинского вмешательства может повлечь осложнения и исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения.

Я внимательно ознакомился/лась и понимаю назначение данного документа.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что я не ограничен(а) судом в дееспособности, не признан(а) недееспособным/ой вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мною не установлено попечительство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лечащим врачом.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина/законного представителя) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Рекомендации после процедуры получены на руки.

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

 (Ф.И.О. гражданина/законного представителя, дата, подпись)