

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на процедуру карбокситерапии с применением аппарата «CarboxyPen».

**Карбокситерапия** – инъекирование газа ДИОКСИДА УГЛЕРОДА внутривожно или подкожно в профилактических и лечебных целях. При введении CO<sub>2</sub> усиливается трофика тканей, снабжение их кислородом, нормализуются венозный и лимфатический отток, улучшаются реологические свойства крови, реализуются спазмолитическое и обезболивающее свойства углекислого газа. Карбокситерапия применяется в медицине по широкому кругу показаний. В косметологии введение CO<sub>2</sub> служит решению ряда самых распространенных эстетических проблем.

## Показания:

Дряблость, увеличение площади кожи, утрата тонуса, цвета, шероховатость, появление сетки мелких морщин  
Синие круги под глазами  
Стрии.  
Ликвидация локальных жировых отложений.  
Целлюлит.  
Неровный рельеф кожи после липосакции.

## Противопоказания:

- Недавно перенесенный инфаркт миокарда
- Нестабильная стенокардия
- Острая сердечная недостаточность
- Артериальная гипертензия тяжелого течения
- Острый тромбоз
- Гангрена
- Инфицирование в зоне проведения процедуры
- Герпес любой локализации
- Эпилепсия
- Дыхательная недостаточность
- Почечная недостаточность
- Беременность

## Возможные нежелательные явления и осложнения:

Местные реакции: гематома, боль (при быстром введении), локальный отек, крепитация в течение 20 -30 мин., кратковременная гиперемия кожи.

При введении в области ягодиц и бедер: ощущение тяжести и усталости в ногах, сохраняющееся в течение нескольких часов (встречается редко).

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью, печатными буквами)

Дата рождения: \_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

даю своё согласие на проведение процедуры **карбокситерапии** в косметических целях врачом:

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача, полностью, печатными буквами)

и подтверждаю, что:

1. Мой врач подробно ознакомил меня с показаниями и противопоказаниями к карбокситерапии и самой процедурой. Я получил(а) исчерпывающую информацию по всем интересующим меня вопросам.
2. Врач проинформировал меня, что непосредственно после проведения процедуры в зоне инъекций может появиться отёк, покраснение и ощущение болезненности кожи, а также возможно развитие гематом. Эти реакции являются нормальными и исчезают от нескольких минут (болезненность, покраснение) до 3-х суток (отёки), до 7-10-ти суток (гематомы).
3. Врач проинформировал меня о том, что периодические повторные процедуры способны поддерживать желаемую степень коррекции и пролонгируют лечебный и эстетический эффект.
4. Заболевания, указанные в противопоказаниях, в моем анамнезе отсутствуют. Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронических сопутствующих патологиях.
5. Процедура карбокситерапии проводится в клинике, имеющей лицензию на терапевтическую косметологию или пластическую хирургию, дипломированным врачом-косметологом, прошедшим обучение по карбокситерапии у компании-поставщика. С дипломами и лицензиями ознакомлена.

### Рекомендации:

Не касаться мест вколов в течение 2-х часов

Не наносить в течение 12-ти часов декоративную косметику

Не разминать и не массировать области введения газа

В случае нежелательных реакций незамедлительно обратиться к лечащему врачу-косметологу.

Я обязуюсь следовать всем указанным рекомендациям и предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций освобождает врача от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Своей подписью я подтверждаю согласие на проведение процедуры карбокситерапии в области:

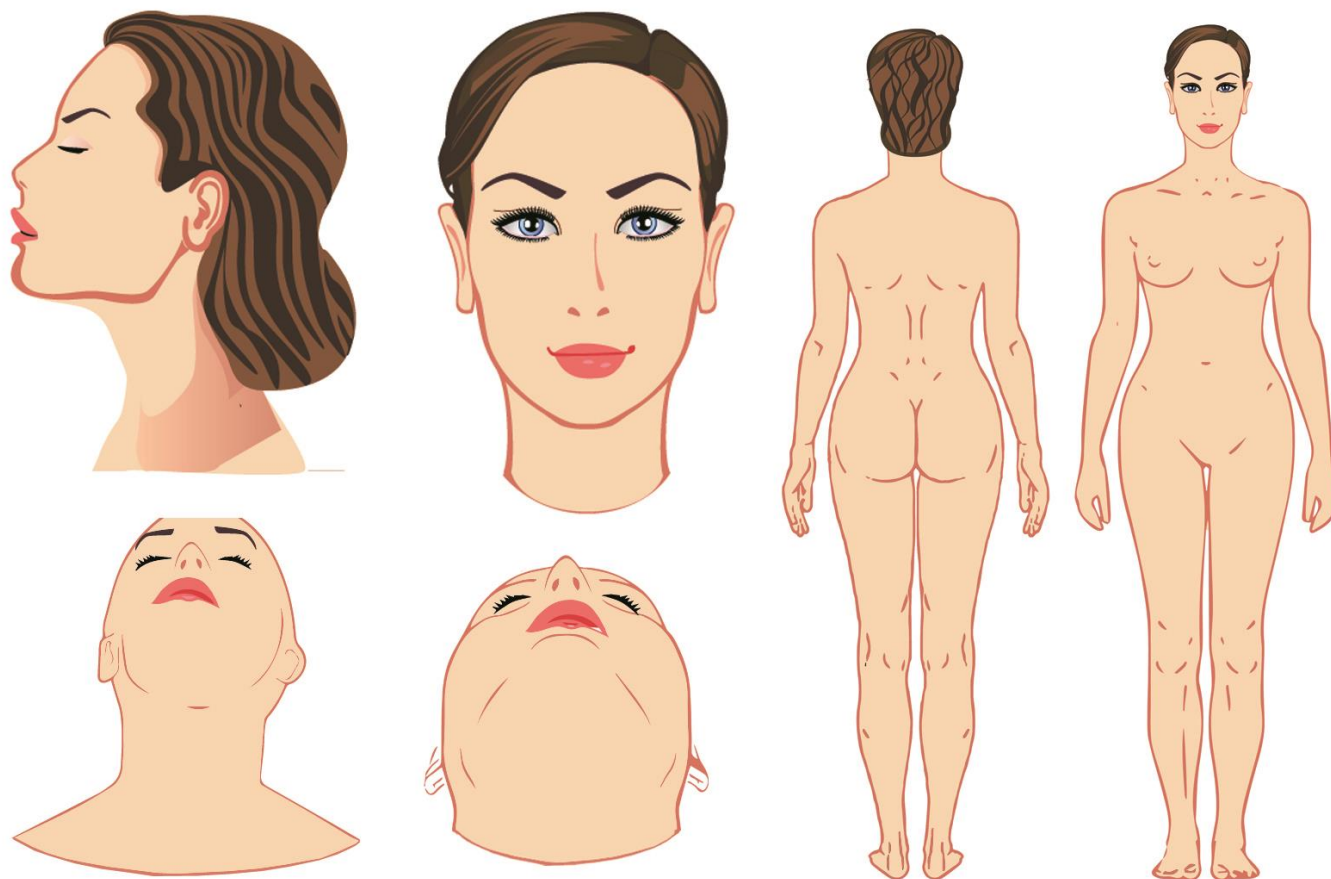
(указать область)

Я подтверждаю, что в вышеуказанные области мне не вводились перманентные инъекционные препараты. 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 проведенной 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 \_\_\_\_\_