Информированное согласие

на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы Plasmolifting™.

Я,_____,

возраст_____, тел._____,

доверяю проведение процедуры Plasmolifting™ врачу _____.

Plasmolifting™ представляет собой процедуру введения богатой тромбоцитами плазмы, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению _____.

Процедура проводится под местной анестезией. Plasmolifting™ - это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма. Данный метод имеет разрешение Федеральной Службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2010/380 от 26.10.2010г.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры Plasmolifting™ и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции. Как правило, при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача.

Своей подписью я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и лактации, не имею аллергии на гепарин, отсутствуют аутоиммунные, онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келлоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Подпись пациента_____

Подпись врача_____

Дата «____»_____201___г.