Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00323175
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202
Взрослое и детское отделения: 123022, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Пресненский,
улица 1905 года, дом 21, помещение 2/1
Телефон: +7 (800) 775-83-03, электронная почта: reception@hormonelife.ru
Сайт: hormonelife.ru

Информированное добровольное согласие на лазерные процедуры

Информированное добровольное согласие оформляется в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заполняется пациентом либо его законным представителем до начала вмешательства.

фамилия, имя, отчество пациента полностью — год рождения

адрес места жительства — контактный телефон

фамилия, имя, отчество законного представителя, если согласие даёт он

Вид вмешательства

наименование процедуры и зона воздействия

Цели и методы

Лазерная процедура проводится с целью коррекции состояния тканей: улучшения тонуса и трофики слизистой и кожи, уменьшения проявлений стрессового недержания мочи, улучшения качества кожи. Метод основан на дозированном тепловом воздействии лазерного излучения, которое вызывает контролируемое ремоделирование коллагена и стимулирует восстановительные процессы. Процедура выполняется врачом, курс может состоять из нескольких сеансов с интервалом, определяемым врачом индивидуально.

Предполагаемые результаты

Уменьшение выраженности симптомов, улучшение состояния тканей в зоне воздействия. Эффект развивается постепенно в течение нескольких недель после сеанса и не является пожизненным: для его поддержания могут потребоваться повторные процедуры.

Возможные варианты помощи

Альтернативой являются консервативное лечение, лекарственная терапия, тренировка мышц тазового дна, физиотерапия, хирургическое лечение либо отказ от вмешательства. Достоинства и недостатки каждого варианта мне разъяснены.

Риски и возможные осложнения

— жжение, отёк, покраснение и дискомфорт в зоне воздействия в течение нескольких дней;
— скудные выделения, повышенная чувствительность тканей;
— обострение хронических воспалительных заболеваний, активация герпетической инфекции;

— ожог, изменение пигментации, в редких случаях — рубцевание;

— присоединение инфекции при несоблюдении рекомендаций по уходу;

— недостаточный эффект или его отсутствие, потребность в дополнительных сеансах.

Противопоказания

Беременность и период грудного вскармливания; острые воспалительные и инфекционные заболевания, в том числе в зоне воздействия; злокачественные новообразования; декомпенсированный сахарный диабет; нарушения свёртывания крови и приём антикоагулянтов; приём фотосенсибилизирующих препаратов и системных ретиноидов; заболевания кожи в зоне воздействия; лихорадка; период менструации при работе в урогенитальной зоне; наличие нерезультативной онкоцитологии.

Подготовка и период после процедуры

До процедуры необходимо предоставить результаты обследования по назначению врача. После процедуры на срок, определённый врачом, исключаются половые контакты, посещение бассейна, сауны и бани, интенсивные физические нагрузки, приём горячей ванны и использование тампонов.

Подтверждение пациента

Я подтверждаю, что получил(а) информацию в доступной для меня форме, имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них понятные ответы. Мне разъяснено, что я вправе отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе. Я сообщил(а) медицинскому работнику достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесённых и имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах и аллергических реакциях.

Я уведомлён(а), что медицина не является точной наукой и гарантировать полное достижение ожидаемого результата невозможно. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача в период после процедуры и своевременно сообщать обо всех изменениях самочувствия.

дата	подпись пациента или представителя	расшифровка подписи

дата	подпись врача	фамилия, имя, отчество врача