

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПАЦИЕНТКИ) НА ОПЕРАЦИЮ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ШЛИФОВКИ КОЖИ ЛИЦА**

Цель данного документа - предоставить пациенту (пациентке) до подтверждения ею согласия на операцию, полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Врач обязан предоставить исчерпывающую информацию о ходе оперативного вмешательства, особенностях послеоперационного периода и возможности возникновения осложнений. Пациентка подтверждает свое согласие на хирургическое вмешательство, после получения ответов на все возникшие у нее вопросы.

1. Я,
подтверждаю свое согласие на выполнение мне механической шлифовки кожи лица, врачом
0 (далее Врач).

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял (а).

3. Мне подробно разъяснено действие механического воздействия на кожу и весь организм в целом, показания и противопоказания к механическому лечению и всякие возможности осложнения в ходе проведения лечения.

4. Мне было объяснено, что после процедуры на месте воздействия могут быть боль, покраснение, отечность мягких тканей, которые держаться в среднем 2-3 дня. Затем на этом месте образуются корочки, которые держатся от 7 до 14 дней. Послеоперационные корочки следует тщательно оберегать от травмирования .

Корочки насильственно не сдирать, дожидаться полного, самостоятельного их отторжения. На месте корочки появляется молодая, розовая кожа, которую необходимо защищать солнцезащитными кремами, SPF фактор больше 20.

Постараться избегать длительного нахождения на солнце.

5. Я понимаю, что медицина –это не точная наука, и что даже авторитетный специалист не может дать стопроцентную гарантию успеха лечения, поэтому никаких гарантий по поводу абсолютного избавления от данной патологии мне не обещано не было.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме:

7. Я удостоверяю, что Я ознакомился (ознакомилась) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют и что **я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию.**

Пациент:

ФИО

подпись

00.01.1900

число