

## Информированное добровольное согласие на прием врача-косметолога

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный/ая по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:**

№ п/п	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
		Прием (осмотр, консультация) врача-косметолога	
		Дерматоскопия	
		Себуметрия	
		Исследования десквамации кожи	
		Исследования пигментации кожи	
		Исследования трансдермальной потери жидкости	
		Исследования эластичности кожи	
		рН-метрия кожи	
		Профилография	

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, должность медицинского работника)

**в доступной для меня форме мне разъяснены:**

**- цели оказания медицинской помощи:** диагностика врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, в том числе возникающих вследствие травм и хирургических вмешательств, химиотерапевтического, лучевого и медикаментозного воздействия и перенесенных заболеваний; информирование о гигиенических рекомендациях по предупреждению заболеваний, профилактике преждевременного старения и инволюционной деградации кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата.

(иное указать) \_\_\_\_\_.

**- методы оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что прием проводится путем беседы, визуального осмотра, пальпации, сбора анамнеза с оценкой жалоб пациента, структурной целостности и функциональной активности покровных тканей, выявления конкретных дефектов и нарушений, требующих проведения косметологической коррекции, антропометрических исследований:

- дерматоскопия проводится с использованием аппарата для люминисцентной микроскопии, может потребовать нанесения на кожу геля или крема;

- себуметрия проводится на основе фотометрии с использованием полимерной пленки;

- десквамация проводится путем соскабливания мельчайших частиц для дальнейшего исследования, может включать в себя морфологические исследования;

- исследование пигментации проводится путем внешнего осмотра и пальпации;

- исследование трансдермальной потери жидкости проводится путем корнеометрии - накладывания датчика, который представляет собой конденсатор, состоящий из золотого ленточного проводника под стеклянным покрытием, с пропусканием тока через проводник, путем проведения ТЭПВ-тестов - накладывания одного датчика с проточной системой с измерением парциального давления воды в замкнутой камере или двух датчиков для измерения разницы парциальных давлений воды вблизи поверхности кожи и на расстоянии от нее;

- исследование эластичности кожи проводится: ротационно-компрессионным методом - путем приложения большого пальца руки к коже, надавливания и поворота; методом сдавливания - путем захвата пальцами складки кожи, ее сжатия и некоторого оттягивания;

- рН-метрия – метод исследования кислотно-щелочного баланса на поверхности кожи, проводится при помощи специального датчика, разработанного для измерений на поверхности кожи, слизистых оболочек и волос: рН-метров, колориметрических индикаторов либо стеклянных электродов;

- профилография представляет собой исследование шероховатостей кожной поверхности с помощью прибора по типу профилографа.

По результатам приема врачом составляется индивидуальная программа коррекции, назначение лечения по показаниям, назначение косметических средств для домашнего применения.

*(иное указать)* \_\_\_\_\_.

**- связанный с методами риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений:**

Мне разъяснено, что дерматоскопия, себуметрия, исследование пигментации, трансдермальной потери жидкости, эластичности кожи, рН-метрия, профилография не имеют абсолютных противопоказаний, осложнения процедур при соблюдении указаний медицинского работника не выявлены. Десквамация может повлечь десквамативный глоссит.

В местах пальпации, проверки эластичности кожи может непродолжительное время сохраняться болезненность, покраснение, побледнение кожи, микроотек. В зоне проведения исследования десквамации допускается сохранение покраснения некоторое время после процедуры, сохранение небольшого шелушения и зуда. Настоятельно не рекомендуется расчесывать место исследования.

Вмешательства могут иметь в качестве относительных противопоказаний, а также факторов, влияющих на достоверность результатов исследований, кожные заболевания, лишай, герпес, открытые раны или повреждения кожи, сепсис, аллергические реакции, крапивницу, отеки, воспалительные процессы, выраженный птоз, обострение дерматита.

Разъяснено, что при непредоставлении медицинскому работнику информации о наличии противопоказаний и их скрытом течении возможно развитие осложнений данных заболеваний и ожидаемый эффект вмешательства не будет достигнут.

Разъяснено, что несоблюдение рекомендаций и указаний медицинского работника может повлечь снижение качества оказанной услуги, повышает риск развития осложнений.

*(иное указать)* \_\_\_\_\_.

**- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что результатом приема врача-косметолога является диагностика врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, в том числе возникающих вследствие травм и хирургических вмешательств, химиотерапевтического, лучевого и медикаментозного воздействия и перенесенных заболеваний; информирование о гигиенических рекомендациях по предупреждению заболеваний, профилактике преждевременного старения и инволюционной дегенерации кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата.

*(иное указать)* \_\_\_\_\_.

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

---

---

---

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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)*

---

*(ФИО выбранного лица)*

---

*(подпись)*

---

*(ФИО медицинского работника)*

---

*(подпись)*

---

*(ФИО пациента)*

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
*(дата оформления)*