**Информированное согласие на проведение химического пилинга TMC 3+ aederma**

Я ФИО,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, даю свое согласие на проведение процедуры химического пилинга в косметических целях косметологу (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течении жизни, хронической сопутствующей патологии.**

**Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.**

**Я осведомлен(а) о процедуре и показаниях для проведения пилингов.**

Показания к проведению пилинга:

1. Снижение тонуса кожи и эластичности.

2. Фотостарение.

3. Поверхностные морщины.

4. Расширенные поры.

5. Рубцы.

6. Постакне.

7. Увядающая кожа.

8. Гиперпигментация.

**Я проинформирован(а) об основных преимуществах и возможных осложнениях пилингов, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций.**

**Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для проведения пилингов:**

1. Гиперчувствительность к препарату.

2. Беременность, лактация.

3. Инфекционные процессы и нарушение целостности кожных покровов.

4. Прием Роаккутана(отмена не менее чем за 2 мес. до процедуры).

5. Фотосенсибилизаторы.

**Врач предупредил(а) меня и я осознаю, что как во время, так и после проведенной процедуры возможно возникновение осложнений (поствоспалительная гипер- или гипопигментация, инфекционные, аллергические реакции, акнеподобная сыпь, длительная эритема, гиперчувствительность кожи, ожоги).**

**Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача, как до, так и после процедуры. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.**

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Косметолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись косметолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.