

1000

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

« ____ » _____ 20__

Я, _____

Пользуясь услугами ЦПМУ РКВД по лечению кожи, в т.ч. удалению образований кожи методом

лазеротерапии, криодеструкции информирован(а) о нижеследующем:

1. После удаления могут быть:

- проходящее чувство жжения;
- временное покраснение кожи вокруг раны;
- пигментация (как отдаленные последствия у лиц со склонностью к гиперпигментации, или после солнечного облучения);
- нагноению (редко, в случае инфицирования раны);
- рубцы (редко, у лиц со склонностью к образованию рубцов, после удаления глубоких элементов, при несоблюдении правил ухода за раной)

2. После проведения процедуры необходимо:

- В течение 5-7 дней исключить травмирующие факторы (распаривание, механические воздействия, удаление корочки).
- физиотерапевтические и косметические процедуры,

способные нарушать целостность кожи, раздражать или загрязнять её

- Не мочить 5-7 дней
- Обрабатывать рану раствором фукарцина, (раствором хлоргексидина) (подчеркнуть) 2 раза в день 7 – 10 дней
- Обработка раны: гель куриозин - 2 р. в день, порошок баноцин- 2р. в день, (подчеркнуть).

3. Избегать инсоляции (солнечного облучения) до исчезновения следов от удаления.

4. Аллергия на лекарственные препараты _____

5. Беременности, лактации на период проведения манипуляций _____

Исполнитель освобождается от ответственности и возмещения ущерба пациенту при невыполнении им назначений врача, несоблюдении правил ухода за раной, наличие иммунодефицитных состояний; при склонности к образованию рубцов и пигментации необходимо использовать солнцезащитный крем высокой степени защиты .

Подпись пациента _____

Подпись врача _____