

**Информированное добровольное согласие на проведение процедуры вакуумно-роликового массажа и лазеротерапии на аппарате ICOONE LASER ( Италия)**

Я, \_\_\_\_\_

**добровольно** прошу специалиста центра провести процедуру вакуумно-роликового массажа и лазеротерапии на аппарате **ICOONE LASER (Италия)**

**Регистрационное удостоверение** ФСЗ 2009/04362 от 14.05.2009,

Аппарат включает три технологии : Фракционное вакуумное воздействие ( запатентованная технология MMAS ) ; Лазерный липолиз (длина волны лазера 915 нм ) ; LED- технология ( длина волны 650 нм)

Ролики могут вращаться в нескольких направлениях ( вперед-назад и внутрь-наружу) . Такая механическая стимуляция вызывает в клетках ответную биохимическую реакцию , позволяя получить наилучший физиологический эффект :

- выработку коллагена и эластина ,которые повышают упругость кожи
- липолиз ( сжигание жира и уменьшение объемов )
- обновление клеток , способствующее омоложению

Также , возможно одновременное применение фракционного вакуумного воздействия с лазером длиной волны 915 нм , которая оказывает селективное нагревающее воздействие на жировые клетки (адипоциты) , что способствует их расщеплению .

Возможно подключение к терапии и третьей методики -лазера с длиной волны 650 нм (технология LED) , который оказывает действие на фибробласты , стимулируя выработку коллагена.

Альтернативой к лечению являются другие массажные технологии , лазеротерапия, мезотерапия и др

Я подтверждаю, что я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к массажу, а именно:

**абсолютные противопоказания:**

- заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
- туберкулез;
- СПИД;
- наличие опухолей;
- наличие индивидуальной непереносимости массажа;
- наличие нарушений психики.

**относительные противопоказания:**

- лихорадка , заболевания кожи;
- венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
- алкогольное опьянение;
- острые заболевания и инфекции;
- беременность; менструация;
- интоксикации;
- кровотечения любого генеза.

**Кроме этого могут быть выявлены другие индивидуальные медицинские противопоказания, этот вопрос рекомендуется решать со своим лечащим врачом в поликлинике.**

**Я осознаю**, что возможны болевые ощущения во время процедуры а также реакции на процедуру в виде микрогематом, (при этом их интенсивность и количество могут увеличиваться в теплое время года и зависят от изначального состояния кровеносных сосудов), синяков, гиперемии, аллергических реакций.

**Кроме того, я был(а) проинформирован(а) о том, что:**

- минимальный курс массажа составляет 10 сеансов;
- курсы массажа необходимо повторять минимум дважды в год;
- а для коррекции фигуры – 1 раз в квартал плюс поддерживающие 2-4 массажа в месяц (в зависимости от состояния);
- массаж для лица является профилактическим мероприятием и после прохождения курса необходимо проходить поддерживающие массажи 1-2 раза в неделю (в зависимости от состояния кожи лица и декольте);
- при проведении курса массажа по коррекции фигуры необходимо для усиления эффекта придерживаться рекомендаций массажиста по соблюдению диеты и режима физической нагрузки;
- необходимо соблюсти трехмесячный срок после установки внутриматочной спирали и пройти консультацию у наблюдающего гинеколога, так как массаж улучшает кровообращение в малом тазу и может произойти отторжение спирали или может быть спровоцировано кровотечение

**Я подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. **Мне достаточно** полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры массажа. Я понимаю , что ожидаемый и реальный результат могут отличаться .

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года      Подпись пациента

Специалист

