

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Интимная контурная пластика (интимный филлинг))**

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: **Интимная контурная пластика (интимный филлинг)** в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицинский Центр РОСТ», Юридический адрес: 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в, Фактический адрес: 394074, г. Воронеж, ул. Ростовская, д. 466

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(ФИО, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

Интимная контурная пластика (интимный филлинг) – это введение гиалуроновой кислоты (ГК) в определённые зоны женских гениталий с целью:

улучшения эстетики генитальной области;

эффективной коррекции различных функциональных нарушений, связанных с урогенитальными расстройствами;

улучшения качества сексуальной жизни, повышения тактильной чувствительности и более ярких эмоциональных ощущений при половой близости.

В основе метода контурной интимной пластики, или интимного филлинга лежит введение специальных гелей (филлеров-наполнителей) гиалуроновой кислоты (ГК) средней и повышенной вязкости в деликатные зоны. ГК является естественным компонентом клеток и межклеточной среды. При дефиците ГК в межклеточном пространстве резко замедляются обменные процессы и ткани утрачивают увлажнение, тургор и эластичность, что приводит к атрофическим изменениям влагалища и зоны промежности и влечёт за собой развитие различных урогенитальных проблем. Поэтому введённая ГК не только прекрасно восполняет и сохраняет утраченные с возрастом объёмы, но и создаёт дополнительную гидратацию кожи и слизистых оболочек, возвращает эластичность и тонус тканям аногенитальной области, является профилактикой увядания кожи и слизистых, повышает восприимчивость тактильных рецепторов, усиливая чувствительность при интимной близости.

Для введения филлера во время процедуры интимной контурной пластики используется уже готовые шприцы с очень тонкими иглами, либо атравматичными канюлями (тонкие полые «трубочки») для прицельного заполнения тканей. Поэтому манипуляция малотравматична, не требует длительного восстановления и сопровождается минимальными рисками.

Женщинам репродуктивного возраста инъекционную пластику интимных зон лучше планировать в промежутках между менструациями. У женщин в менопаузе процедура может быть проведена в любой удобный для них день с условием отсутствия противопоказаний, указанных ниже.

Достигнутый результат сохраняется от 8 месяцев до 1 года, т.к. препараты ГК со временем инактивируются под действием ферментов кожи. Затем введение филлера можно повторить.

Интимная контурная пластика никогда не будет являться альтернативой хирургической коррекции при выраженных урогенитальных проблемах - опущении стенок влагалища средней и тяжёлой степени, или несостоятельности мышц тазового дна, или запущенном недержании мочи. НО! в совокупности с лазерным воздействием процедуры интимного филлинга являются мощным инструментом лечения и профилактики начальных проявлений вышеперечисленных проблем.

В доступной форме мне разъяснены противопоказания:

- несовершеннолетний возраст, беременность, период лактации, воспалительные и инфекционные заболевания репродуктивной системы в стадии обострения, злокачественные опухоли, повышение температуры тела, индивидуальная непереносимость гиалуроновой кислоты, аутоиммунные процессы. Для того чтобы выявить противопоказания перед интимной контурной пластикой, женщину осматривает и консультирует наш гинеколог. Дополнительно специалист может назначить стандартное обследование, которое поможет получить объективную информацию о состоянии здоровья.

### РЕАБИЛИТАЦИЯ

Проведение интимного филлинга предполагает отсутствие реабилитационного периода. В течение нескольких дней возможен небольшой дискомфорт в зоне инъекций, незначительная болезненность, отёчность, мелкие гематомы или зуд – всё это является абсолютно адекватным ответом организма на инъекционные манипуляции. Как правило, данные состояния не требуют какого-либо лечения и самостоятельно проходят через несколько дней. Однако, есть определённые ограничения и рекомендации, которые обязательно следует соблюдать в течение 10-14 дней после введения препарата ГК, а именно:

Не посещать бассейн, солярий, баню/сауну, криосауну;

Отказаться от горячей ванны;

Воздержаться от интимной близости;

Ограничить физическую активность, особенно верховую езду и езду на велосипеде;

Поддерживать обычную, но регулярную интимную гигиену.

Соблюдение этих рекомендаций необходимо с целью предотвращения миграции ведённого препарата и для правильного распределения и фиксации его в тканях.

В качестве побочного эффекта можно выделить небольшое жжение, которое может присутствовать в течение 1-2 суток после процедуры, миграцию филлера. Но это один из вариантов нормы – симптом не требует дополнительного вмешательства. Если же жжение сохраняется дольше 2 суток, следует обратиться к врачу, проводившему интимную пластику.

**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).

---

(Ф. И. О. выбранного лица)

**V** \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина (-ки) или законного представителя, контактный телефон

\_\_\_\_\_ Г.  
" " \_\_\_\_\_  
дата оформления

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. медицинского работника