**Информация для пациентов с искусственными ногтями**

 **1.** При ношении искусственных ногтей (независимо от материала из которого они были изготовлены) рекомендуется соблюдать **щадящий режим.**

 А)Оберегать ноготь от чрезмерных нагрузок

 Б)Исключить занятия «агрессивными» видами спорта, связанными с повышенной

нагрузкой напальцы стоп футбол, балет, бальные танцы и.т.д.

 **НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ, ЧТО ЕСЛИ ЗАЦЕПИТЬ «ПРОТЕЗ», ТО ОН МОЖЕТ ОТОРВАТЬСЯ ВМЕСТЕ С НАТУРАЛЬНЫМ НОГТЕМ.**

 **2. Материалы используемые для протезирования:**

 **не** смываются водой ( можно сразу же принимать душ и ванну):

 **не** подвержены температурному

 **не** подвержены воздействию химических веществ (хлорированная вода в бассейне, ацетон и.т.д.)

 **3.** Искусственный материал **отрастает** вместес натуральной ногтевой пластиной.

После отрастания искусственная ногтевая пластина **подпиливается** в домашних условиях индивидуальной **пилкой** или в педикюрном кабинете шлифовальными **камнями.**

**ВАЖНО:** во избежании растрескивания искусственной ногтевой пластины **не** рекомендуется **использовать** щипцы и ножницы!

 **4. СНЯТЬ** искусственные ногти можно только **механическим** способом (они не растворяются агрессивными растворами.

 **5. Церез 1-1,5 месяца** (в любом случае) нужно снять протез в педикюрном кабинете, все **вычистить, проверить, посмотреть.** В тот же день можно **повторно** создать искусственный ноготь.

 **6.** При ношении протеза **необходимо ежедневно** использовать средства для домашнего ухода за ногтями **(масло или крем)** для ногтей и коживокруг ногтевойпластины **серии «Геволь-мед»**, средство **«Геволь для ногтей»** или защитный **спрей для ногтей и кожи «Фусскрафт»**

 **7.** Посещение педикюрного кабинета **не реже 1 раза в 1-1,5 месяца**

**Подолог Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Выдана пациенту:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ознакомлен Дата Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**