



Информированное согласие пациента на введение в мягкие ткани филлера на основе гиалуроновой кислоты _____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

контактный телефон: _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства – введение искусственных имплантатов в мягкие ткани.

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате: препарат предназначен для заполнения средних и глубоких морщин и складок кожи путем введения в средние и глубокие слои дермы, для заполнения мелких поверхностных и тонких морщин путем инъекций в верхний слой дермы, для коррекции контуров губ, для увеличения их объема, а также для восстановления объемов и коррекции контуров лица с помощью инъекций в подкожную клетчатку, супрапериостально или в глубокие слои дермы при коррекции эстетических дефектов. Препарат предназначен для коррекции структурных изменений кожи, связанных с процессами старения: заполнения морщин и складок кожи, восстановления объема.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения применяемого препарата: препарат не применяется у пациентов, имеющих: известную гиперчувствительность к компонентам препарата, аутоиммунные заболевания, эпилепсию, которая не контролируется лечением; порфирию, тенденцию к развитию гипертрофических рубцов; в анамнезе многократные ангины, приведшие к ревматической лихорадке с поражением сердца или у пациентов, которые получали иммунотерапию. Нельзя применять препарат у детей, беременных или кормящих женщин, при наличии воспаления и/или инфекционного поражения кожи (акне, герпес и т.д.); сразу после или перед воздействием лазера, глубокого химического пилинга или дермабразии.

Я предупрежден(а) о возможности возникновения побочных реакций, связанных с введением данного инъекционного имплантата и способных развиться немедленно или спустя некоторое время. Побочные эффекты включают (приведенный список не является исчерпывающим): воспалительные реакции кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании, возникновение гематомы, окрашивание или обесцвечивание кожи в месте инъекции, возникновение уплотнений или узелков в месте инъекции, недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект заполнения, после инъекций гиалуроновой кислоты и/или лидокаина отмечены случаи возникновения некроза кожи в межбровной области, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного и замедленного типа.

Врач предупредил меня, что я должен(а) в кратчайшие сроки известить врача обо всех случаях сохранения воспалительной реакции в течение более одной недели после введения препарата или возникновения любых других побочных эффектов.

Я проинформирован(а) о методе оказания медицинской помощи с помощью введения искусственных имплантатов в мягкие ткани, рисках, плане лечения, последствиях и предполагаемых результатах, имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и на них получил(а) исчерпывающие ответы.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры: не наносить макияж в течение 12 часов после инъекции, избегать воздействия экстремальных температур (сильный холод, сауна, хаммам), а также длительного воздействия солнечного света, ультрафиолетовых лучей в течение 2 недель после инъекции, окончательный результат медицинского вмешательства и осмотр врача проводится через 10-14 дней после процедуры, когда пациенту необходимо прийти на контрольный осмотр.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства – введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты.

Я согласен(а) на проведение фото и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Дата процедуры: _____

Протокол процедуры: _____

--	--

Подпись пациента: _____ Дата _____ 20 г.

Ф.И.О. врача _____

Подпись врача: _____ Дата _____ 20 г.

