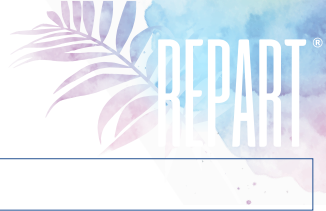


ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОЦЕДУРУ ВНУТРИКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ REPART®



Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

даю свое информированное добровольное согласие врачу

Ф.И.О. врача: _____

на выполнение мне процедуры введения геля-имплантата водосодержащего интрадермального («биоревитализанта») с торговым названием:



Repart® 4
Aqua Balance



Repart® 5
Active



Repart® 6
Delicate



Repart® 7
Ultimate



Repart® PG

В объеме мл

В область лицо шея декольте

Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры введения геля-имплантата на основе гиалуроновой кислоты и с ходом самой процедуры. Я подтверждаю, что проинформирован(а) о методике выполнения процедуры внутрикожного введения гиалуроновой кислоты («биоревитализации»).

Мне понятно, что процедура представляет собой метод внутрикожного инъекционного введения растворов (гелей) с содержанием гиалуроновой кислоты. Общими показаниями к таким процедурам являются восстановление регенерации кожи, моделирование контуров лица, устранение сухости, уменьшение выраженности поверхностных морщин, улучшения качества поверхности кожи. Я осведомлен(а) о следующих обстоятельствах, связанных с введением гелей (растворов) на основе гиалуроновой кислоты:

1. Срок эффективного действия препарата составляет от 2 до 4 месяцев, после чего может возникнуть необходимость в повторных инъекциях.
2. Действие препарата наступает в течение 7-14 дней после проведенной инъекции.
3. В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться ожидаемые проходящие побочные эффекты:
 - Локальная отечность в виде папул в местах инъекций
 - Незначительная болезненность в местах инъекций
 - Точечные подкожные кровоизлияния в местах инъекций в виде петехий
 - Гематомы (крайне редко)
4. Отсутствие эстетического эффекта после проведенных процедур.

Перечисленные побочные эффекты носят временный характер и исчезают самостоятельно в сроки от одних до семи суток.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о нижеследующем:


- Хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях
- Аллергических реакций, в том числе на медицинские препараты
- Лечении, процедурах и манипуляциях (в т.ч. косметологических), выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских учреждениях
- Лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время, в т.ч. антикоагулянтов и антиагрегантов
- Вредных привычек

Противопоказаниями к инъекциям геля-имплантата водосодержащего интрадермального («биоревитализанта») на основе гиалуроновой кислоты являются:

- Заболевания, связанные с нарушением свертываемости крови
- Острые воспалительные процессы в предполагаемых местах инъекций
- Системные заболевания соединительной ткани в стадии обострения
- Некоторые аутоиммунные заболевания
- Обострения хронических заболеваний
- Острые инфекционные или вирусные заболевания, в т.ч. вируса простого герпеса
- Наличие в местах инъекций имплантатов иной природы, отличной от гелей на основе гиалуроновой кислоты
- Состояние иммунодефицита
- Онкологические заболевания
- Период химиотерапии
- Беременность
- Период лактации
- Сахарный диабет
- Аллергические реакции на компоненты медицинского изделия
- Склонность к образованию рубцов
- ОРВИ
- Возраст до 18 лет

Рекомендации, ограничения и уход за кожей после процедуры:

- Избегать интенсивных физических нагрузок в течение первых трех дней после инъекций
- В течение одних суток не использовать декоративную косметику в области инъекций
- Избегать воздействия высоких температур на область инъекций в течении семи дней (сауна, баня)
- Использовать солнцезащитные косметические средства в целях предотвращения гиперпигментации
- Избегать длительного воздействия ультрафиолетового облучения в течение всего курса процедур
- Исключить применение иных процедур и манипуляций в зоне инъекций без согласования с лечащим врачом

 Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ДОБРОСОВЕСТНО ОТВЕТИЛ(А) НА ВСЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛИСТОВ, НЕ СКРЫВАЯ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ.

Медицинским работником

в доступной для меня форме мне разъяснены риски, связанные с процедурой, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений

Я предупрежден(а) о возможном возникновении нежелательных явлений и/или осложнений*:

- Воспалительные реакции (эритема, отек, боль, кровоизлияния в области инъекций)
- Гематомы
- Зуд
- Инфицирование
- Некроз мягких тканей
- Временная потеря чувствительности в области инъекций
- Аллергические реакции
- Гиперпигментация
- Уплотнения в виде узелков или папул

Я понимаю, что небольшая асимметрия тела (визуальные отличия в строении правой и левой половины лица) является нормальным физиологическим состоянием, обусловленным индивидуальными особенностями и эти различия могут сохраняться после процедуры.

Я понимаю, что выполнение данной процедуры не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата на 100% в зависимости от количества выполненных процедур.
Мне сообщили, что инъекции геля-имплантата водосодержащего на основе гиалуроновой кислоты могут сопровождается болезненностью.

Мне была предоставлена возможность удостовериться в том, что условия оказания косметологических услуг соответствуют требованиям законодательства Российской Федерации, препарат оригинальный и находится в целостной стерильной упаковке.

Мною получена вся информация относительно проводимой мне процедуры и она мне понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением данной процедуры. Даны рекомендации до и после ее проведения.
Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на указанную манипуляцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

 Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ.

Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре внутрикожного введения геля-имплантата водосодержащего на основе гиалуроновой кислоты, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется.

Своей подписью я также подтверждаю, что в области, предназначенные для инъектирования, мне не были введены имплантаты, в состав которых входят вещества иной природы, отличной от гиалуроновой кислоты.

Я даю (не даю) согласие на проведение контрольных фотоснимков до и после процедуры для сравнительной оценки результатов (нужное подчеркнуть).

ФИ.О. врача: Подпись:

ФИ.О. пациента: Подпись:

Дата:

REPART®



*Если у вас возникли нежелательные явления или осложнения после инъекций препаратов Repart®, просим сообщить нам по телефону: 8 800 777 40 17