

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 получил(а) полную информацию о предстоящей процедуре и препарате XSpurt™, который будет применяться.

Назначение препарата XSpurt™Breeze: филлер на основе гиалуроновой кислоты для: коррекции мелких и поверхностных морщин (введение в верхние слои дермы)

Назначение препарата XSpurt™Climax: заполнения средних и глубоких морщин и складок кожи (введение в средние и глубокие слои дермы)

Назначение препарата XSpurt™Finale: восстановления утраченных объемов и коррекции контуров лица (введение в подкожную клетчатку, супрапериостально или в глубокие слои дермы)

Противопоказания:

Препараты XSpurt™ **не применяются** при наличии: аллергии или повышенной чувствительности к компонентам препарата; аутоиммунных заболеваний; неконтролируемой эпилепсии; порфирии; склонности к образованию гипертрофических рубцов; в анамнезе – ревматической лихорадки с поражением сердца после повторных ангин; проведения иммунотерапии; воспалительных или инфекционных заболеваний кожи (акне, герпес и др.); беременности и периода грудного вскармливания; возраст до 18 лет.

Не рекомендуется проведение процедуры сразу после либо непосредственно перед лазерным воздействием, глубоким химическим пилингом или дермабразией.

Возможные побочные реакции:

Мне разъяснено, что введение филлера может сопровождаться как ранними, так и отсроченными нежелательными эффектами: покраснение, отек, зуд, болезненность в месте инъекции; гематомы, уплотнения или узелки; изменение цвета кожи в зоне введения; недостаточный или слабовыраженный эффект процедуры; редкие осложнения: некроз кожи (особенно в межбровной области), абсцессы, гранулемы, аллергические реакции немедленного или замедленного типа.

Обязанности пациента:

Я предупрежден(а) о необходимости **незамедлительно сообщать врачу в случаях:** сохранения воспалительной реакции более 7 дней; появления любых иных побочных эффектов.

Рекомендации после процедуры:

Я обязуюсь соблюдать указания врача, в том числе: не наносить макияж в течение 12 часов; избегать сильного холода, сауны, бани, хаммама; не подвергать кожу интенсивному солнечному и ультрафиолетовому воздействию в течение 2 недель. Контрольный осмотр у врача проводится через 10–14 дней для оценки результата.

Заключительные положения:

Я получил(а) ответы на все интересующие вопросы.

Мне понятны цели и результаты процедуры, а также возможные риски.

Я подтверждаю, что принимаю решение добровольно и осознанно.

Я согласен(а) на фото- и видеосъемку процедуры, а также на использование материалов в научных целях.

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.



Дата процедуры: _____

Протокол процедуры: _____

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Подпись пациента: _____ Дата _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. врача _____

Подпись врача: _____ Дата _____ 20 ____ г.