

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Мой лечащий врач разъяснил мне показания и способ применения препаратов, которые будут использоваться в ходе моего лечения. Я также имел/а возможность получить удовлетворительные ответы на заданные мной вопросы. Я был/а особо проинформирован/а о возможном развитии после лечения обычных местных реакций на инъекции. Эти реакции проявляются, как правило, покраснением, припухлостью, болью, зудом, кровоподтеками и болезненностью в местах введения препарата. Они обычно оцениваются как незначительно или умеренно выраженные, в типичных случаях проходят самостоятельно в течение нескольких дней, считаются естественными и ожидаемыми.

Другие нежелательные реакции наблюдаются редко, но приблизительно у 1-го из 10 000 пациентов после одного или нескольких курсов лечения развиваются местные аллергические реакции, которые обычно проявляются в виде уплотнения и припухлости в месте проведения процедуры, иногда и в окружающих тканях. Имеются данные о появлении покраснения, болезненности и (редко) угреподобной сыпи. Такие реакции развивались спустя несколько дней или несколько недель после инъекции, описывались как выраженные незначительно или умеренно и как склонные к самоограничению (средняя продолжительность – 2 недели). В редких случаях реакции сохранялись на протяжении нескольких месяцев.

В очень редких случаях (менее чем у 1-го из 15 000 пациентов при использовании средств, увеличивающих объем тканей) в месте инъекции возникали длительно сохранявшееся уплотнение, абсцесс или сероватое окрашивание кожи. Такие реакции могут развиваться через несколько дней или несколько недель после инъекции и обычно проходят со временем, хотя могут сохраняться в течение нескольких месяцев. В еще более редких случаях на участке проведения процедуры отмечалось образование корочек, после отшелушивания которых оставался поверхностный рубец.

Лечащий врач также проинформировал меня, что в зависимости от применяемого препарата, техники введения, участка и типа кожи эффект лечения может сохраняться 4-12 месяцев, в некоторых случаях – более или менее длительно. Повторные введения помогут поддерживать желаемый внешний вид. Лечащий врач также дал советы по поводу используемого количества препарата и указал стоимость лечения.

Я, насколько возможно, ответил/а на вопросы, относящиеся к моему здоровью, и подтверждаю, что буду следовать данным мне советам относительно периода после лечения.

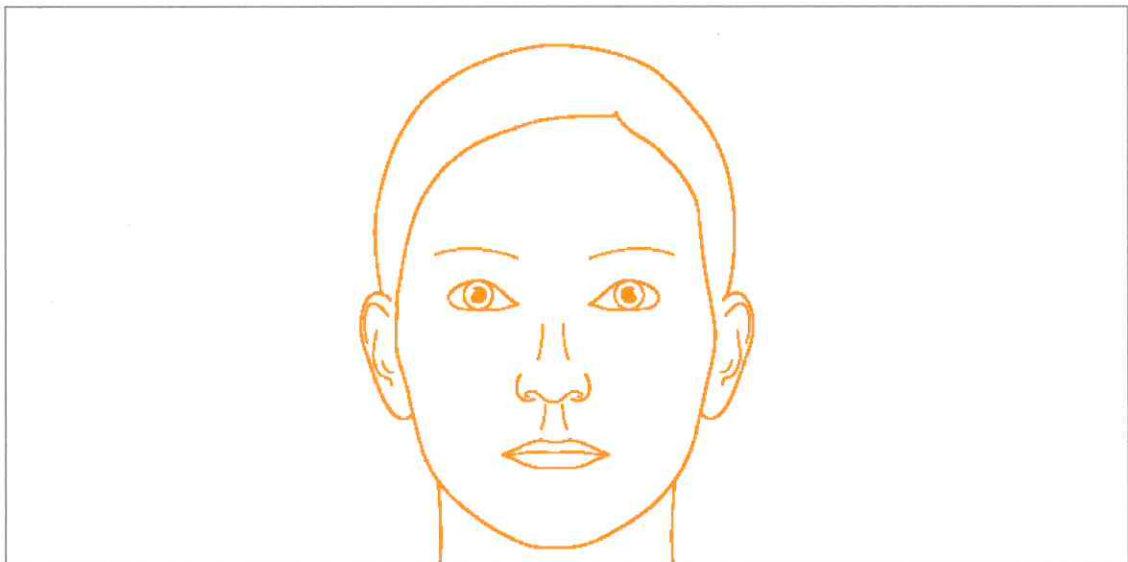
Я согласен / согласна на применение крема-анестетика

Да Нет

Я согласен / согласна на применение препаратов, содержащих лидокаин

Да Нет

Разместите здесь этикетку препарата



Разместите здесь этикетку препарата

Данная мной информация, насколько я могу судить, соответствует действительности.

Я не скрыл/а преднамеренно какой-либо информации о своем здоровье.

Я согласен / согласна в дальнейшем информировать своего лечащего врача о каких-либо изменениях здоровья и о применяемых лекарственных средствах.

Я согласен / согласна со следующим лечением: _____ Да Нет

Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата ____/____/____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Подпись _____ Дата ____/____/____

Благодарим Вас за предоставленные сведения. Все записи о пациентах, их контактные данные и подробная информация о получаемом ими лечении являются конфиденциальными.

Оценка перед лечением

Ожидания и замечания пациента:

Комментарий лечащего врача:

Подпись лечащего врача _____

Дата ____/____/____