

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

даю свое согласие на проведение процедуры препаратом \_\_\_\_\_

врачом(ФИО) \_\_\_\_\_

1. Подтверждаю, что мне разъяснены характер и цель введения препаратов. На все мои вопросы даны исчерпывающие ответы.
2. Полностью осведомлен(а) о возможных местных реакциях на инъекции препарата.
3. Проинформирован(а) о длительности эффекта препаратов и количестве необходимых процедур.
4. Ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата:
  - Беременность и лактация;
  - Возраст до 18 лет;
  - Острые инфекции (ОРВИ, грипп, герпес в стадии обострения);
  - Хронические заболевания в стадии декомпенсации: сахарный диабет, аутоиммунные болезни (волчанка, ревматоидный артрит);
  - Онкологические заболевания;
  - Нарушения свертываемости крови (гемофилия, прием антикоагулянтов);
  - Аллергические реакции на компоненты препарат или лидокаин;
  - Психические расстройства, эпилепсия;
  - Повреждения кожи (раны, язвы, ожоги, активные воспаления, акне в месте инъекции);
  - Кожные заболевания в зоне обработки (дерматиты, герпес);
  - Склонность к келоидным рубцам;
  - Недавние косметологические процедуры (лазерная шлифовка, пилинги, фотоомоложение);
  - Наличие имплантов в зоне коррекции, силикона.
5. Обязуюсь соблюдать все данные врачом рекомендации до и после процедуры.

**Согласен(на) на применение анестезирующих препаратов:** Да  Нет

**Протокол процедуры:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



этикетка препарата

Пациент (ФИО) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Врач (ФИО) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



197375, г. Санкт-Петербург,  
ул. Маршала Новикова,  
дом 28, корпус 2, литер А  
+7 (495) 134-54-33  
www.avalonfillers.ru  
avalonfillers@pkaspera.ru

**Аспера**  
Эксклюзивный поставщик  
филлеров AVALON™  
на территории РФ