



Информированное согласие на проведение процедуры биоревитализации препаратом _____



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 – мезотерапию/ биоревитализацию.

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате. Врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры. Препарат применяется для восстановления потери гиалуроновой кислоты, возникающей в результате старения кожи, вводится в ее поверхностный слой для повышения увлажнения, свежести и эластичности, а также для использования в качестве вспомогательного средства для заполнения неглубоких морщин, например морщинок у глаз, мимических морщин, а так же морщин в области рта, появляющихся в результате злоупотребления курением. Процедура выполняется в следующие зоны: лицо, шею, декольте, тыльную часть кисти, внутреннюю поверхность рук, внутреннюю поверхность бедер, периорбитальную область (контур глаз).

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения применяемого препарата: Препарат не применяется у пациентов, кожа которых склонна к образованию гипертрофических рубцов; имеющих симптомы аутоиммунной болезни или проходящих курс иммунотерапии; с повышенной чувствительностью к гиалуроновой кислоте; беременных или кормящих женщин; пациентов младше 18 лет; при наличии воспаления и/или инфекционного поражения кожи в обрабатываемой области. Не нужно использовать препарат при прохождении курса химического пилинга или дермабразии, при лечении лазером. Нельзя использовать препарат в зоне родимых пятен и родинок.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата необходимо пройти курс из 3 процедур. Курс проводится один раз в полгода. Дополнительные процедуры можно проводить каждые три месяца, если врач посчитает это необходимым, принимая во внимание состояние кожи.

Я предупрежден(а) о возможности возникновения побочных реакций, связанных с введением данного препарата, способных развиться немедленно или спустя некоторое время. Возможные побочные эффекты (приведенный список не является исчерпывающим): незначительные естественные кровотечения в месте инъекции, которые быстро прекращаются после окончания процедуры; временная боль или обесцвечивание кожи в месте инъекции; воспаление, которое может сопровождаться сильным зудом или болью при нажатии на протяжении одной недели после инъекции; появление уплотнений или узелков в месте инъекции; покраснение кожи без припухлости, которое проходит через неделю или, в крайнем случае, в течение 2 месяцев; возможны аллергические реакции немедленного и замедленного типа

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

Я проинформирован(а) о риске, плане лечения, последствиях и предполагаемых результатах, имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и на них получил(а) исчерпывающие ответы.

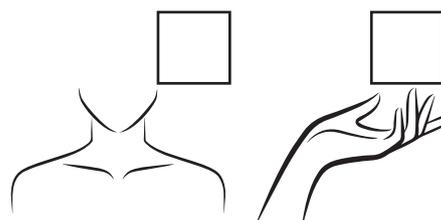
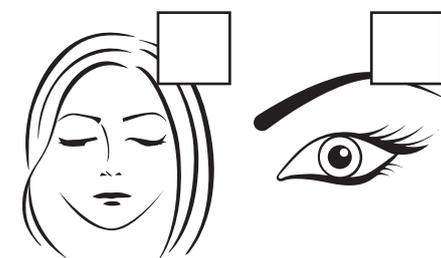
Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры: не наносить макияж в течение 12 часов после инъекции, избегать воздействия экстремальных температур (сильный холод, сауна, хаммам), а также длительного воздействия солнечного света, ультрафиолетовых лучей в течение суток после инъекции.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства – процедуры биоревитализации.

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: _____

Ф.И.О. врача _____

Подпись врача: _____ Дата _____ 20 г.