

Информированное добровольное согласие на введение вязкоэластичного субдермального импланта

на основании федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество], [КлиентДатаРождения] года рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента)

Проживающий (ая) по адресу: [КлиентИндекс] город [КлиентГород], улица [КлиентУлица], дом [КлиентДом],
квартира [КлиентКвартира],

Контактный телефон: [КлиентМобТелефон]

Даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата _____ в косметических целях

Врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон клиники 8 (861) 206-09-91, 8 (938) 516-69-91

Я подтверждаю, что получил (а) четкие, на доступном мне языке и в доступной форме, разъяснения о планируемой процедуре, меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

Препарат **Акваликс** представляет собой водный вязкий раствор, в состав которого входит полимер 3:6-ангидро-1-галактозы и D-галактозы, буферные системы, 3-альфа, 12 альфа-дигидокси-5 бетта-24 дезоксихоловой кислоты натриевая соль, физиологический раствор для инъекций. Препарат биологически совместимый, полностью рассасывающийся. Препарат **Акваликс** вводится в подкожножировую клетчатку в области локальных жировых отложений бедра, живот, ягодицы, внутренняя поверхность коленей, задняя поверхность плеча, подлопаточная область спины, подбородочная область, (нужное подчеркнуть) специальной техникой с применением специальных игл.

Эффект от применения препарата **Акваликс** длится от 4 до 6 месяцев в среднем и зависит от объема подкожножировой клетчатки, зоны введения, сопутствующих хронических заболеваний и образа жизни и питания.

Для оптимизации результата необходимо провести от 4 до 10 процедур.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:

В области введения, натриевая соль дезоксихоловой кислоты разрушает жировые клетки. Срок эффективного действия курса процедур составляет до 6 месяцев. Действие препарата наступает не сразу после проведенной инъекции, а через 4-6 недель. Я соглашаюсь с тем, что оценка результата возможна по окончании рекомендованного курса процедур.

Я ознакомлен(а) с Положением о гарантийных обязательствах и соглашаюсь с устанавливаемым гарантийным сроком и сроком службы на предлагаемые в настоящем информированном согласии медицинские услуги, равными 1 месяц с момента завершения процедуры (курса процедур).

Я осознаю, что после процедуры, в местах введения препарата, не произойдет видимых изменений формы и объемов тела.

Я уведомлен (а), что после проведения процедуры ожидаемый результат может быть не достигнут.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Я ознакомлен (а) со списком противопоказаний для введения препарата:

- Острая или хроническая патология кожи в/или вокруг области введения,
- Хронические соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, аутоиммунными заболеваниями, заболеваниями печени и желчного пузыря.
- Беременным и лактация.
- Повышенная чувствительность к компонентам.
- Возраст моложе 18 лет.
- Диабет
- Заболевания почек
- Гормональные заболевания
- Серьезные аллергические реакции
- Дети младшего возраста

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:

Я понимаю, что у каждого человека своя чувствительность, поэтому соглашаюсь с тем, что во время процедуры возможны дискомфортные ощущения - жжения, рези, покалывания, онемения, распирания, другие болевые ощущения.

Врач предупредил меня, я осознаю и соглашаюсь, что как вовремя, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов. Соглашаюсь с тем, что в большинстве случаев после процедуры никаких внешних проявлений не остается и можно продолжать свои намеченные дела, однако в редких случаях происходят возможные реакции, которые проходят самостоятельно:

- Жжение (кратковременно)
- Зуд (кратковременно)
- Покраснение (несколько часов)
- Жар в области инъекции (несколько часов)
- Отеки (несколько дней)
- Дискомфорт (несколько дней)
- Гематомы (несколько дней)

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительных реакций свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры такие, как:

- носить компрессионное белье в течение 72 часов.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не рекомендуется посещать сауну или баню в течение 2-х дней после процедуры.

Я понимаю, что при несоблюдении вышеуказанных рекомендаций возможно развитие различных осложнений:

- воспаление, абсцедирование тканей в месте введения препарата
- появление уплотнений в тканях
- длительная болезненность мест введения препарата
- длительная отечность мест введения препарата

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать, до начала процедуры, любые интересующие меня вопросы, и я получил (а) на них ясные и понятные мне удовлетворительные ответы.
- Дал мне время обсудить протокол процедуры.
- дал мне ознакомиться с инструкцией препарата
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах.

Я понимаю, что лечение некоторых из возможных осложнений, не связанных с действиями лечащего врача, осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Я подтверждаю, что данный документ был мною прочитан его содержание, значение всех терминов мне врачом разъяснено и понятно.

Ф.И.О. пациента:

Подпись пациента: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Ф.И.О. врача: _____

Подпись врача: _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

Со стоимостью услуги ознакомлен(а) _____ (подпись пациента)