

Информированное добровольное согласие на введение внутридермального импланта на основе нестабилизированной гиалуроновой кислоты

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 _____ представляет собой стерильный, апиrogenный, прозрачный, биоразлагаемый физиологический гель на основе нестабилизированной гиалуроновой кислоты неживотного происхождения, является инъекционным внутридермальным имплантатом, предназначенным для объемной коррекции лица.

Препарат _____ вводится внутридермально для увлажнения, улучшения тонуса цвета кожи, усиления упругости кожи и уменьшения признаков старения,
 Вводится в область лба, щек, шеи, скул, подбородка, декольте, кистей рук, ягодиц, живота, задней поверхности плеча (нужное подчеркнуть).

Процедура проводится с применением анестезии.

Эффект от курсового применения препарата _____ длится от **1 до 2-х месяцев** в среднем и зависит от типа кожи, типа старения, возраста пациента и образа жизни. Для оптимизации результата проводится курс из 4-6 процедур, которые проводятся 1 раз в 10-14 дней.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:

В области введения, благодаря своим особым вязко-эластичным свойствам, препарат создает естественный равномерный и однородный объем при коррекции кожи, потерявшей тонус, зон обезвоженной кожи, при заполнении складок, впадин. Гиалуроновая кислота обеспечивает долговременную абсорбцию инъекционного импланта кожей. Эта особенность позволяет поддерживать оптимальный уровень гидратации дермы, способствует длительной эластичности кожи. Срок эффективного действия курса процедур составляет до 6 месяцев, после чего возможен повторный курс. Действие препарата наступает не сразу после проведенной инъекции, а через 2-3 недели.

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 не произойдет видимых изменений формы и объемов лица (носа, губ, скул, ушных раковин, глаз)

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Я ознакомлен (а) со списком противопоказаний для введения препарата

_____ :

не допускается использование препарата:

- у пациентов, страдающих эпилепсией, не поддающейся лечению;
- у пациентов со склонностью к развитию гипертрофических и келоидных рубцов;
- у пациентов с признаками воспаления и/или инфицирования (акне, герпес, гнойнички и т.д.) в предполагаемой зоне введения;
- у пациентов с известной повышенной чувствительностью к компонентам препарата;
- у пациентов с известной повышенной чувствительностью к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов;
- у пациентов с проведенной накануне лазерной терапии, глубокого химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица;
- у пациентов с имплантированными ранее инородными телами (жидкий силикон и другие зернистые материалы)
- у пациентов с системными заболеваниями (сахарный диабет, АГ, ИБС), нарушениями свёртываемости крови;
- у беременных и кормящих грудью женщин;
- у детей.

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:

- После инъекции препарата возможно развитие различных видов воспалительных реакций кожи (покраснение, отек, эритема и др.), которые могут сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобные реакции могут сохраняться в течение одной недели.

- Возникновение кровоподтеков (синяков).

- Возникновение уплотнений и узелков на месте инъекции.

- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата.

- Недостаточная эффективность процедуры или слабо выраженный эффект заполнения/объемной коррекции.

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:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.

- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.

- Не рекомендуется посещать сауну или баню, солярий в течение 2-х недель после процедуры.

- Рекомендуется избегать массажа места введения препарата и/или надавливания на него в течение нескольких дней после инъекции.

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

- воспаление тканей в области введения препарата

- продолжительная отечность

- гиперпигментация, эритема

- образование уплотнений, гранулем

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

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 ознакомиться с инструкцией препарата

- Дал мне время обсудить протокол процедуры.

- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах.

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)