

Информированное согласие на введение препарата Ботокс/ Диспорт/ Ксеомин

г. Орел

« ___ » _____ 2016г.

Я, _____, дата рождения _____ г.
даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата **Ботокс / Диспорт / Ксеомин** (нужное подчеркнуть) с целью коррекции мимических морщин
врачом

Врач проинформировал меня о составе препарата, показаниях к применению препарата, механизме и сроках действия, возможных побочных эффектах и методике самой процедуры. Препарат вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических складок (морщин).

Действие препарата наступает на 3-14 день после инъекции. Действие препарата сохраняется около 3-6 месяцев после инъекции, после чего возможна повторная инъекция. На 14-21 день после проведения процедуры возможна дополнительная коррекция. При внутрикожном введении возможно снижение потовыделения в зоне инъекций

Возможные осложнения: Опухание бровей. Отечность нижних век. Диплопия. Односторонний птоз верхнего века. Точечные кровоизлияния и боль в местах инъекций. Все нежелательные явления, как правило, редкие, развиваются в первые дни после инъекции, незначительно выраженные и преходящие.

У меня была возможность получить полную информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Дозы препарата и точки для инъекций определяются индивидуально для каждого пациента в соответствии с характером, выраженностью и локализацией мышечной гиперактивности.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:

Абсолютные противопоказания: миастенические и миастеноподобные синдромы (в т. ч. Синдром Ламберта-Итона); беременность, период грудного вскармливания; воспалительный процесс в месте инъекции; острая фаза инфекционных заболеваний; гемофилия; повышенная чувствительность к компонентам препарата

Относительные противопоказания: высокая степень миопии (по заключению врача); отягощенный аллергический анамнез (особенно на препараты, содержащие белки); выраженный гравитационный птоз тканей лица; выраженные «грыжи» в области верхних и нижних век; период менее 3-х месяцев после перенесенной хирургической операции на лице; прием антибиотиков группы аминогликозидов, эритромицина, тетрациклинов, полимиксинов, усиливающих действие токсина (если не прошло более 2-х недель после проведения курса лечения), препаратов, повышающих внутриклеточную концентрацию кальция (аминопиридин и др.), бензодиазепинов, антикоагулянтов и антиагрегантов и курареподобных миорелаксантов; соматические заболевания в стадии обострения; злоупотребление алкоголем; склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов. В редких случаях наблюдается индивидуальная низкая чувствительность к препарату.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операциях и анестезиологических вмешательствах. Я согласен(на) с назначением препарата **Ботокс / Диспорт / Ксеомин** (нужное подчеркнуть) и на проведение фотосъемки процедуры.

Обязуюсь следовать указанным рекомендациям: Находиться в вертикальном положении в течение 3-4 часов после процедуры. Не массировать область введения препарата. Охладить место инъекции (приложить лед) на 15-20 минут. Совершать движения мышцами области введения препарата в течение 30 минут. Избегать горячих компрессов на область инъекций, бани и сауны 1-2 недели после процедуры. Не злоупотреблять алкоголем первые 2 недели после процедуры. Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть осложнения.

Своей подписью я подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне ранее не вводились инъекционные препараты другого состава. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Полученная информация мне полностью понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением процедуры введения препарата, информирование о ней, рекомендации до и после ее проведения. С учетом сообщенных мне сведений, в соответствии со статьей 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, я даю информированное добровольное согласие на проведение вышеуказанной процедуры.

Название препарата Название процедуры

Серия Дата изготовления

Врач:

Пациент _____ / _____