

**Информированное согласие пациента  
на процедуру биоревитализации препаратом на основе гиалуроновой кислоты**

г. Орел

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_ г.  
осведомлена (осведомлен) о следующих обстоятельствах лечения препаратом на основе гиалуроновой кислоты:

1. Срок эффективного действия препарата составляет до 4 месяцев, после чего возможна повторная инъекция.
2. Действие препарата наступает сразу после проведенной инъекции.  
В срок до 7 дней после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты: отечность в местах инъекций; легкая болезненность в местах инъекций; подкожные кровоизлияния в местах инъекций.
3. Я сообщила (сообщил) врачу все известные мне сведения о хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях, об аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты, о лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях; о лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, о моих вредных привычках.
4. Я уведомлена(уведомлен) о том, что противопоказаниями к инъекции препарата на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения являются: нарушение свертываемости крови, острые воспалительные процессы в предполагаемых местах инъекций; системные заболевания соединительной ткани в стадии обострения; обострения хронических заболеваний, ОРЗ, герпес; наличие геля длительного действия; состояние иммунодефицита; онкологические заболевания.
5. Я понимаю, что необходим следующий уход:  
Избегать воздействия высокой температуры на область инъекций в течении 7 дней (сауна, баня, солярий); Использовать солнцезащитные средства в целях предотвращения гиперпигментации; Исключить прием алкоголя за 2 дня до и 2 дня после проведения процедуры; Применение физиотерапевтических методов лечения (массаж, микротоки, фонофорез и др.) может привести к ускоренной биодеградации препарата.
6. Я получила (получил) следующие особые указания:  
Препарат на основе гиалуроновой кислоты обеспечивает длительный, но не постоянный эффект. В дальнейшем можно решить, что делать: повторить то же самое или предпочесть комбинированные методики коррекции. Основной курс состоит из 3-5 процедур с интервалом 3 недели. Поддерживающий курс 1 процедура препарата ..... с интервалом 2 месяца после основного курса. Повторение основного курса рекомендуется через 6 месяцев.
7. Я предупреждена (предупреждён), что в случае неполной или недостаточной информации по указанным вопросам в результате проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.
8. Данный способ восполнения дефицита гиалуроновой кислоты в коже является безопасным, эффективным и общепринятым в мире.
9. Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия могут сохраняться после процедуры.
10. Я понимаю, что косметология - неточная наука, и что даже опытный специалист не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата на 100%.
11. Я удостоверяю, что я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и я подтверждаю свое согласие на процедуру. Своей подписью я подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне не были введены инъекционные препараты другого состава. В ином случае, после полученных от врача разъяснений я отвечаю за все последствия.
12. Мною получена вся информация, и она мне понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением данной процедуры препаратом на основе гиалуроновой кислоты. Даны рекомендации до и после её проведения.
13. Я понимаю, что если меня что-либо будет беспокоить или появиться вопрос к лечащему врачу, Я буду должна (должен) связаться с ним по телефону через работников регистратуры.

Название препарата .....

Название процедуры .....

Серия ..... Дата изготовления .....

Врач: .....

Пациент \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_