

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента) \_\_\_\_\_ года  
рождения, проживающий(ая) по адресу:

контактный телефон: \_\_\_\_\_,  
даю свое согласие на проведение процедуры биоревитализации  
препаратором Princess Rich в косметических целях врачом

(фамилия, имя, отчество врача)  
Контактный телефон врача: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о  
препараторе Princess Rich:

- препарат Princess Rich содержит высокоочищенную  
немодифицированную гиалуроновую кислоту неживотного  
происхождения и предназначен для инъекционного введения в  
кожу лица, декольте, шеи, рук с целью глубокого и  
продолжительного увлажнения, повышения эластичности кожи,  
уменьшения глубины морщин;
- на консультации врач подробно обсудил со мной все вопросы,  
касающиеся препарата Princess Rich;
- курс лечения проводится в несколько сеансов (3-4) с  
последующими поддерживающими процедурами и требует  
сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и  
клинических условиях;
- длительность действия индивидуальна для каждого человека и **в среднем** составляет 9- 12 месяцев.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для использования  
препарата Princess Rich:

- злокачественные новообразования,

- диффузные заболевания соединительной ткани,
- анафилактический шок в анамнезе,
- беременность,
- период лактации,
- возраст меньше 18 лет,
- воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции (акне, псориаз, герпес, дерматит и т.д.),
- соматические заболевания в период обострения и декомпенсации,
- гематологические заболевания,
- сахарный диабет,
- наличие аутоиммунных заболеваний.
- склонность к образованию гипертрофических рубцов,
- выявление повышенной чувствительности к гиалуроновой кислоте.

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов, таких как отёчность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи. Такая реакция может сохраняться **в среднем** до 72 часов.

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 72 часов, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

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

- не пользоваться макияжем в течение 12 часов после проведения процедуры биоревитализации,
- избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C,
- не посещать сауну или баню в течение 2-х недель после проведения процедуры биоревитализации,
- избегать физических нагрузок.

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 операционных и анестезиологических вмешательствах.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- проинформировал меня о ходе процедуры и о препарате Princess Rich для принятия мною обдуманного решения,
- дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию,
- дал мне время обсудить протокол процедуры,
- получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

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

Памятку пациента получил (а).

« » 20 \_\_г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Количество введённого препарата \_\_\_\_\_

Лот \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_