

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ

Я,

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

_____,
контактный телефон: _____
даю свое согласие на проведение процедуры контурной пластики
препаратом _____
в косметических целях врачом

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о
применяемом препарате:

- действие препаратов серии Princess® (Princess® Filler, Princess® Volume) основано на заполнении депрессивных участков кожи стабилизированной гиалуроновой кислотой;
- на консультации врач подробно обсудил со мной все вопросы, касающиеся препаратов серии Princess®, и выбрал препарат для проведения процедуры;
- первый эффект наступает сразу после инъекции;
- длительность действия индивидуальна для каждого человека и **в среднем** составляет около 12 месяцев.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для использования
препаратов серии Princess® (Princess® Filler, Princess® Volume):

- 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,
- приём иммунокорректирующих препаратов (иммуностимуляторы, иммунодепрессанты),
- 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 покраснение, отёк, болезненность, которые **в среднем** исчезают в течение 72 часов. Иногда отмечается уплотнение тканей в зоне инъекции, а также гематомы, которые рассасываются в течение 7-10 дней.

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 контурной пластики,
- 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 контурной пластики.

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 применяемом препарате 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 контурной пластики моим лечащим врачом.

Памятку пациента получил (а).

« » _____ 20 ____г.

Подпись пациента _____

Количество введенного препарата _____

Лот _____

Подпись врача _____