

Информированное согласие

▶ Я, получил(а) исчерпывающую информацию о том, что препараты представляют собой стерильные имплантанты для инъекционного введения в дермальный слой кожи с целью коррекции морщин и складок на лице, а также для изменения формы и объема губ. Гиалуроновая кислота, используемая в этих препаратах, неживотного происхождения, проверена на переносимость в процессе многочисленных исследований и полностью биodeградируют. Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению препаратов группы Revanesse и с самой процедурой. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

▶ Я проинформирован(а) о преимуществах использования и возможных побочных эффектах при введении препаратов группы Revanesse®. Я подробно проинформировал(а) моего врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и ответил(а) на все вопросы относительно данных о моём здоровье.

▶ Я понимаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно появление побочных эффектов:

- Воспалительная реакция в месте инъекции, покраснение, отёк, уплотнения и узелки.
- В редких случаях возможны проявления изменения цвета кожи, некроза, абсцесса, гранулём или гиперчувствительности.
- При коррекции губ, при наличии склонности к возникновению высыпаний на губах (напр. от вируса герпеса), эти высыпания могут активизироваться после процедуры.

▶ Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Revanesse®:

Беременность и лактация.

- Инфекционный/воспалительный процесс в зоне предполагаемой инъекции.
- Склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов
- Аутоиммунный процесс

▶ Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от места инъекции, типа кожи и техники инъекции, длительность косметического эффекта от применения материалов может варьировать от 4 месяцев до 18 месяцев. Мне известно, что иногда возникает необходимость дополнительной коррекции для достижения хорошего и стабильного результата, который может поддерживаться регулярными дополнительными инъекциями.

▶ Рекомендации на период после процедуры доведены до моего сведения. Я буду их соблюдать. Сведения по моей истории болезни предоставлены достоверно.

Я согласен(а) на проведение процедуры препаратом:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Revanesse® | <input type="checkbox"/> Revanesse Contour® |
| <input type="checkbox"/> Revanesse Ultra® | <input type="checkbox"/> Redexis® |
| <input type="checkbox"/> Revanesse Pure® | <input type="checkbox"/> Redexis Ultra® |

Пациент

Подпись

Врач

Подпись



ОЗДОРАВЛИВАТЬ
ОМОЛАЖИВАТЬ
ОБНОВЛЯТЬ



ОЗДОРАВЛИВАТЬ
ОМОЛАЖИВАТЬ
ОБНОВЛЯТЬ

ИНФОРМИРОВАННОЕ
СОГЛАСИЕ
И ПРОТОКОЛ
ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОЦЕДУРЫ

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

Имя

Адрес

Дата рождения

Информированное согласие: да нет

Пол: муж. жен.

	1	2	3
Дата			
Зона			
Объем			
Результаты			
ОТМЕТКИ	[Blank area for notes]		
	[Blank area for notes]		
	[Blank area for notes]		

- ✓✓✓ отлично
- ✓✓ хорошо
- ✓ удовлетворительно
- нет разницы
- × хуже

СЕРИЙНЫЙ НОМЕР ПРЕПАРАТА

1. [Blank area] Приклейте стикер

2. [Blank area] Приклейте стикер

Отметьте зоны инъекций на изображении лица. Пронумеруйте зоны инъекций в соответствии с таблицей.

