# Информированное согласие для проведения процедуры

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата ботулотоксина

врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество)

Я подробно проинформировал(а) врача о моих аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях (в т.ч. наследственных и хронических), операциях и травмах, которые были у меня в течение жизни, моих вредных привычках.

Я осведомлен(а), что имплантат интрадермальный представляет собой гелеобразное вещество, имеющее в своем составе гиалуроновую кислоту неживотного происхождения.

Мне объяснили, что имплантат интрадермальный применяется с целью коррекции эстетических недостатков кожных покровов лица, за счет восполнения недостаточных/утраченных объемов тканей в местах его введения.

Я проинформирован(а), что имплантат интрадермальный будет находиться в тканях организма от 6-12 мес., при условии соблюдения мной рекомендаций лечащего врача, а также в зависимости от индивидуальных особенностей организма и моего образа жизни.

Мне известно, что любые манипуляции и процедуры, способствующие улучшению кровообращения в зоне введения имплантата интрадермального (массаж, физиопроцедуры, чрезмерное воздействие УФ-лучей) могут способствовать сокращению времени его нахождения в тканях.

Врач проинформировал меня о возможных побочных эффектах.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения имплантата интрадермального, может быть инъекционной.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и возможных осложнениях инъекционной анестези, которые могут проявиться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Врач сообщил мне, что непосредственно после проведения процедуры введения имплантата интрадермального в зоне инъекций возможны проявления следующих побочных реакций:

* Возникновение кратковременного кровотечения ( в течение 1-2 мин.), боли и зуда в момент инъекции на непродолжительное время
* Возникновение кратковременного изменения цвета кожи и увеличение чувствительности в месте инъекции
* Проявление местнораздражающих эффектов – эритем, покраснений, проходящих в течение 2-х суток
* Проявление гематом, уплотнений, валиков и комочков, проходящих в течение от 4-х до 10-ти суток

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения имплантата интрадермального:

* Аллергическая реакция и индивидуальная непереносимость компонентов, входящих в состав имплантата
* Беременность и лактация
* Склонность к образованию келоидных гипертрофических рубцов
* Заболевания и состояния, харак-ся нарушением свертываемости крови
* Повышенная температура тела
* Периоды обострения соматических заболеваний
* Прием ряда лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты и антиагреганты, системные ретиноиды и др.
* Наличие местного воспалительного процесса в зоне предполагаемой инъекции
* Ранее введенный постоянный имплантат
* Случаи реакций «отторжения» инородного тела в анамнезе

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры.

У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.