

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение процедуры дермальными препаратами группы PROFILLERS

PROFILLERS

CROSS-LINKED MONOPHASIC HYALURONIC ACID

www.profillers.com

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения « _____ » _____ г.

Адрес регистрации: _____

Контактный телефон: _____

Доверяю врачу провести процедуру инъекционной контурной пластики с использованием внутридермальных имплантатов PROFILLERS с целью коррекции эстетических недостатков моей внешности.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

Контактный телефон: _____

Препараты PROFILLERS представляют собой абсорбируемые, стерильные апирогенные, вязкоупругие, бесцветные, прозрачные, изотонические гели, состоят из поперечно-связанного гиалуроната натрия биоферментативного происхождения.

Препараты предназначены для инъекций в дерму для разглаживания морщин, лечения шрамов и коррекции лицевых зон, в которых отсутствует объем.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, благодаря которой я могу ознакомиться с предлагаемой процедурой и на основании этого либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на ее проведение в амбулаторных условиях. Я проинформирован(а) и понимаю цель и суть процедуры контурной пластики. Я знаю, что процедура предполагает внутрикожное введение имплантатов PROFILLERS и согласен(а) на ее проведение.

На консультации врач вместе со мной подробно обсудил все вопросы, касающиеся использования имплантатов PROFILLERS, выбрал препараты для проведения процедуры и предварительной анестезии. На основании собранного анамнеза и проведенного осмотра врач в моем присутствии заполнил карту пациента. Мне объяснили, что существуют альтернативные возможности решения моих эстетических проблем, но я предпочитаю им процедуру инъекционной контурной пластики с использованием внутридермальных имплантатов PROFILLERS.

Врач подробно проинформировал меня о предполагаемом результате и о продолжительности эстетического эффекта, который будет после выполнения процедуры введения имплантатов PROFILLERS. Мне понятна предоставленная информация и меня устраивает планируемый результат и продолжительность эстетического эффекта от процедуры. Понимая сущность предложенной мне процедуры и уникальность собственного организма, я согласен(а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата с результатом, который будет после введения имплантатов PROFILLERS.

Я ознакомлен(а) с перечнем противопоказаний, при наличии которых врач не будет использовать этот метод для коррекции эстетических недостатков моей внешности:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Индивидуальная непереносимость ингредиентов, входящих в состав препарата. | <input type="checkbox"/> Соматические заболевания в период обострения или в стадии декомпенсации. |
| <input type="checkbox"/> Беременность и период лактации. | <input type="checkbox"/> Наличие в анамнезе случаев отторжения инородного тела. |
| <input type="checkbox"/> Злокачественные новообразования. | <input type="checkbox"/> Состояния, сопровождающиеся повышением температуры. |
| <input type="checkbox"/> Диффузные заболевания соединительной ткани. | <input type="checkbox"/> Гематологические заболевания. |
| <input type="checkbox"/> Склонность к келоидным и гипертрофическим рубцам. | <input type="checkbox"/> Кровотечения и склонность к ним. |
| <input type="checkbox"/> Анафилактический шок в анамнезе. | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет. |
| <input type="checkbox"/> Воспалительный процесс в области предполагаемой инъекции (акне, дерматит, псориаз, герпес и др.). | <input type="checkbox"/> Прием некоторых фармакологических препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты и др.). |
| | <input type="checkbox"/> Наличие других материалов в области предполагаемой инъекции. |

Врач подробно объяснил мне особенности течения восстановительного периода и предупредил, что сразу после процедуры в области инъекции появится покраснение кожи, отек мягких тканей и ощущение болезненности. Эти симптомы носят временный характер и в норме, должны исчезнуть в течение 3–7 суток. Иногда отмечается уплотнение тканей в зоне введения препарата, а также появление гематом, которые рассасываются в течение 7–10 дней.

Меня предупредили о возможном появлении нежелательных эффектов и осложнений, которые могут возникнуть после введения имплантатов PROFILLERS.

Я проинформирован(а) и обязуюсь выполнять рекомендации, данные мне врачом на время восстановительного периода после процедуры. Эти рекомендации подробно изложены в «памятке пациенту», которую я получил(а) от врача.

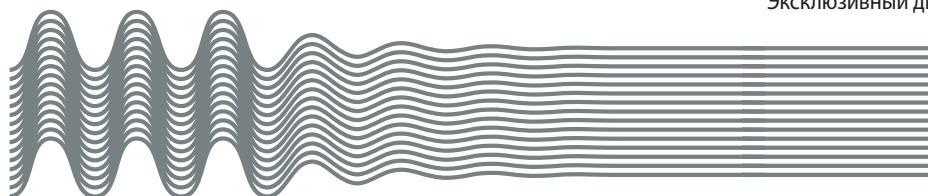
Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье, проведенных мне ранее процедурах контурной пластики, применявшихся в этих процедурах препаратов и зонах проведения инъекций. Кроме того, я сообщил(а) обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства. Я сообщил(а), что не состою на диспансерном учете у специалистов, и другие сведения, запрашиваемые доктором.

Подпись пациента _____
Подпись врача _____

Дата _____ 20__ г.



Эксклюзивный дистрибьютор PROFILLERS на территории РФ и стран СНГ –
ICG (International Cosmetic Group)



www.icg-group.ru

