

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Мой лечащий врач разъяснил мне показания и способ применения препаратов, которые будут использованы в ходе моего лечения. Я имел/а возможность получить исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я проинформирован/а о возможности развития незначительных или умеренно выраженных местных кожных реакций на инъекции: покраснения, зуда, припухлости, боли, кровоподтеков. Данные кожные реакции обычно расцениваются как естественные и ожидаемые и самостоятельно проходят в течение нескольких дней.

Другие нежелательные явления наблюдаются редко, приблизительно у 1 пациента из 10 000. Так после первой или повторно проведенных процедур возможно развитие местной аллергической реакции, которые проявляются в виде уплотнения или припухлости в зоне инъекции, реже в окружающих тканях. Имеются данные о появлении покраснения, болезненности, угреподобной сыпи, которые развивались спустя несколько дней или недель после инъекции, описывались как выраженные незначительно или умеренно и склонные к самоограничению (средняя продолжительность 2 недели). В редких случаях реакции сохранялись до нескольких месяцев.

В очень редких случаях, менее чем у 1 пациента из 15 000, при введении филлеров в месте инъекции возникали длительно сохранявшееся уплотнение, абсцесс, сероватое окрашивание кожи. Такие реакции могут развиваться через несколько дней или недель после инъекции и обычно исчезают со временем, хотя могут сохраняться в течение нескольких месяцев. В более редких случаях в зоне проведения процедуры наблюдалось образование корочек, после отшелушивания которых оставался поверхностный рубец.

Лечащий врач проинформировал меня, что в зависимости от применяемого препарата, техники введения, участка и типа кожи эффект от лечения сохраняется до 12 месяцев, в некоторых случаях более или менее длительно. Повторные введения могут поддерживать желаемый внешний вид. Лечащий врач дал мне советы относительно количества вводимого препарата и сообщил о стоимости лечения.

Я добросовестно ответил/а на все вопросы касающиеся моего здоровья и подтверждаю, что буду следовать данным мне советам относительно восстановительного периода.

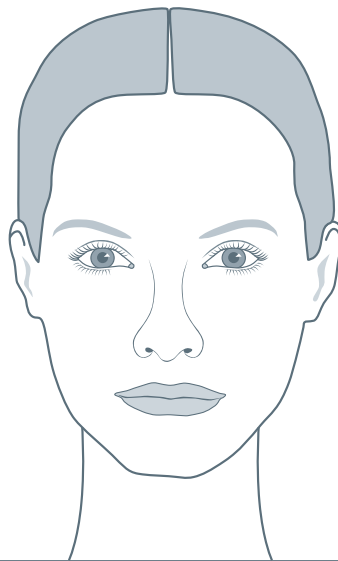
Я согласен / на на применение крема-анестетика

Да ☐ Нет ☐

Я согласен / на на применение препаратов, содержащих лидокаин

Да ☐ Нет ☐

Разместите здесь этикетку препарата



Разместите здесь этикетку препарата

Данная мной информация, насколько я могу судить, соответствует действительности. ☐

Я не скрыл/а преднамеренно какой-либо информации о своем здоровье. ☐

Я согласен / согласна в дальнейшем информировать своего лечащего врача о каких-либо изменениях здоровья и о применяемых лекарственных средствах. ☐

Я согласен / согласна со следующим лечением: _____ Да ☐ Нет ☐

Ф.И.О. _____

Подпись _____ **Дата** ____/____/____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Подпись _____ **Дата** ____/____/____

Благодарим Вас за предоставленные сведения. Все записи о пациентах, их контактные данные и подробная информация о получаемом ими лечении являются конфиденциальными.

Оценка перед лечением

Ожидания и замечания пациента:

Комментарий лечащего врача:

Подпись лечащего врача _____

Дата ____/____/____

RADIESSE™