

NOVACUTAN

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (Ф.И.О.) _____
_____ года рождения,
проживающий/ая по адресу: _____

Даю свое согласие на проведение процедуры препаратом NOVACUTAN SBIO/YBIO
в косметических целях врачом (Ф.И.О.) _____

Врач подробно проинформировал меня о показаниях и способе применения препарата.
Я имел/а возможность получить удовлетворительные ответы на заданные мной вопросы.
Я был/а особо проинформирован/а о возможном развитии побочных местных реакций на инъекции:
легкий отек, покраснения, болезненность, зуд, кровоподтеки, которые в типичных случаях
проходят самостоятельно в течение 3–х суток.

Я ознакомлен/а со списком противопоказаний для введения препарата:

1. Острые воспалительные высыпания (акне, герпес) или проявления хронических кожных заболеваний в зоне предполагаемых инъекций.
2. Индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.
3. Повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте.
4. Наличие в анамнезе аутоиммунной патологии или проведение иммуносупрессорной терапии, а так же обострения любого соматического заболевания.
5. Беременность и лактация.
6. Повышенная температура тела.
7. Прием лекарственных препаратов–антикоагулянтов, системных ретиноидов.
8. Наличие постоянного импланта в зонах предполагаемой коррекции.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронических сопутствующих патологиях.

Я согласен/согласна на применение анестезирующих препаратов: ☐ Да ☐ Нет

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

Пациент _____ Дата _____ Подпись _____

Врач _____ Дата _____ Подпись _____