

# Информационное согласие на процедуру «Редермализация»

Процедура выполняется препаратом Hyalual® (имплантат инъекционный на основе гиалуроновой кислоты в шприце) путем введения его интра/ или субдермалью.

## Я ознакомлена(ен) со списком противопоказаний:

### Абсолютные противопоказания:

- Индивидуальная непереносимость какого – либо из компонентов препарата
- Аллергические заболевания (бронхиальная астма, поллиноз)
- Онкоанамнез
- Сахарный диабет I и II типа
- Гипертоническая болезнь
- Соматические состояния в стадии компенсации и декомпенсации (хронические заболевания)
- Беременность и лактация
- Нарушение свертываемости крови, длительный прием антикоагулянтов
- Герпес в активной форме
- Аутоиммунные заболевания
- Хронические дерматозы
- Множественные доброкачественные новообразования
- Эпилепсия и другие психо-неврологические состояния

### Относительные противопоказания:

- Общее или локальное повышение температуры тела
- Обострение любых хронических процессов или острые воспалительные процессы
- Наличие островоспалительных элементов сыпи
- Герпес

**Процедура «Редермализация» сочетается с другими процедурами и дает гарантированный результат при правильном сочетании процедур:**

- ультразвуковой скрабер
- косметические уходы
- химические пилинги
- мезотерапия
- контурная пластика
- ботулотоксины
- липосакция
- пластические операции
- лазерная шлифовка
- фототерапия

Я подробно проинформировала врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые у меня были в течении жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщила достоверные сведения о перенесенных мною операциях, наследственных заболеваниях, вредных привычках.

## Я даю согласие на проведение процедуры «Редермализации».

### Обязуюсь следовать указанным рекомендациям:

- Избегать горячих компрессов на зоны инъекций
- Не посещать бани и сауны в течении 7-10 дней
- Не загорать, не посещать солярии
- Не применять аппаратные методики во время проведения курса процедур «Редермализации»
- Не массировать зоны введения
- Не злоупотреблять спиртными напитками.

## Я предупреждена(ен), что в случае несоблюдения мной указанных рекомендаций могут возникнуть осложнения или снизится уровень воздействия препарата.

Своей подписью я подтверждаю, что в области, предназначенной для коррекции и восстановления, ранее не вводились синтетические наполнители. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия. Полученная информация мне полностью понятна. Мне даны ответы на все интересующие меня вопросы, возникшие в связи с проведением процедуры «Редермализации», информация о самой процедуре, рекомендации до и после ее проведения. Даю согласие на документирование и фотографирование.

Пациент ..... Врач .....

(ФИО полностью)

(ФИО полностью)

Подпись пациента .....

Подпись врача .....

.....  
Время Число Месяц Год

.....  
Время Число Месяц Год