

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА FACETEM

Я, _____

_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____

контактный телефон: _____

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата FACETEM в косметических целях
врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

FACETEM представляет собой апирогенный физиологический гель на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения, является инъекционным имплантом, предназначенным для заполнения умеренно выраженных и глубоких провисаний кожи лица путем введения препарата в средние и/или глубокие слои дермы для увеличения объема скулы, а также для увеличения объема губ и коррекции их контура.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препаратов серии FACETEM, может быть аппликационной и инъекционной, а также в составе препарата.

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

Эстетический эффект от применения филлеров коллекции FACETEM сохраняется до 12 месяцев в зависимости от состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, техники инъекции и Вашего образа жизни (например, от курения или воздействия солнца).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата FACETEM:

- Эпилепсия, не поддающаяся лечению.
- Склонность к развитию гипертрофированных рубцов.
- Известная повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Известная повышенная чувствительность к лидокаину или местным анестетикам из группы амидных препаратов.
- Склеродермия, туберкулез.
- Беременность и лактация.
- Не допускается введение детям.

Филлер не должен вводиться в участки кожи, склонные к воспалению и/или инфицированию (акне, герпес и т.д.). FACETEM не должен использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, химического пилинга и процедур дермабразии кожи лица. Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения поверхностного пилинга.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Врач предупредил меня, и я осознаю, что, как во время, так и после проведенной манипуляции возможно возникновения побочных эффектов:

- Воспалительная реакция в месте инъекций (отек, эритема, покраснение и др.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании. Подобная воспалительная реакция может сохраняться до 7 дней.
- Возникновение кровоподтеков.
- Возникновение уплотнений или узелков на месте инъекции.
- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата.
- Учитывая имеющиеся сообщения о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после инъекции гиалуроновой кислоты, необходимо принимать в расчет потенциальную опасность развития подобных осложнений.

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительных реакций свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Врач предупредил меня, что не рекомендован прием антикоагулянтов за 7 дней до проведения процедуры инъекции. А также рекомендуется отказаться от курения, употребления алкоголя и не посещать стоматолога за 7 дней до проведения инъекции.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации до и после процедуры, такие как:

- Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 12 часов после введения препарата.
- Избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C.
- Не рекомендуется посещать сауну и баню в течение 2-х недель после процедуры.

Я подробно проинформирован(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры, интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время обсудить протокол процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Дата процедуры: _____

Номер серии FACETEM: _____

Примечания: _____

Подпись пациента: _____ / _____ / Подпись врача: _____ / _____ /