

Я, (ФИО пациента), _____, _____ года рождения, проживающая(-ий) по адресу: _____ контактный телефон: _____, даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата дермальный филлер для инъекционной коррекции морщин и восполнения объема AesteFill V200 в косметических целях врачом _____ (ФИО врача), в клинике _____ Контактный телефон врача: _____

Я подробно проинформировал(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. Информация о состоянии моего здоровья представлена максимально полно. Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом медицинском изделии AesteFill. Я осознаю, что филлер предназначен для локальных инъекций, используемых в контурной пластике без хирургического вмешательства, для коррекции морщин и восстановления объема тканей, а также создания дополнительного объема. Мне разъяснено, что эстетический эффект от подкожного введения филлера AesteFill V200 в различные слои дермы является длительным, препарат находится в тканях от 4 месяцев до 5 лет в зависимости от индивидуальных особенностей организма, состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, его типа, техники инъекции и образа жизни (соблюдения рекомендаций врача, курения, воздействия солнца и проч.), а также, что различные манипуляции, способствующие улучшению кровообращения в зоне инъекций изделия способствуют сокращению его пролонгированного действия. Мне разъяснено об альтернативных методах коррекции эстетических недостатков.

Противопоказания

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения AesteFill V200:

- Острые и хронические заболевания кожи в местах инъекций и окружающих тканях;
- повышенная чувствительность к входящим в состав препарата компонентам;
- наличие онкологических заболеваний;
- беременность;
- период грудного вскармливания;
- обострение воспалительных заболеваний;
- нарушение свертываемости крови и применение антикоагулянтов;
- аутоиммунные заболевания;
- почечная недостаточность;
- введение препарата в область лба, губ;
- у пациентов с врожденной или идиопатической метгемоглобинемией;
- возраст до 18 лет;
- инфекционные заболевания;
- наличие других перманентных филлеров (имплантатов) в зоне предполагаемой инъекции;
- в местах расположения кровеносных сосудов (внутрисосудистое попадание препарата).

Побочное действие

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции в местах инъекций и вокруг них возможно возникновение побочных эффектов:

- Реакции в местах инъекций: подкожные кровоизлияния, боль, отек, гематомы. (Реакции немедленного возникновения, т.к. возникает в момент проведения инъекции и обусловлено самой спецификой процедуры. Данные реакции проходят самостоятельно в течение 2-7 дней.)
- Реакции со стороны иммунной системы: при наличии повышенной чувствительности к входящим в состав препарата компонентам возможно развитие гиперчувствительности, аллергических реакций (кожный волдырь, аллергическая крапивница, анафилактический шок, ангионевротический отек (отек Квинке)). Реакции замедленного типа отсутствуют при применении изделия в соответствии с настоящей инструкцией, однако они могут возникнуть при его использовании в случае наличия патологического агента (заболеваний, являющихся противопоказаниями к применению)

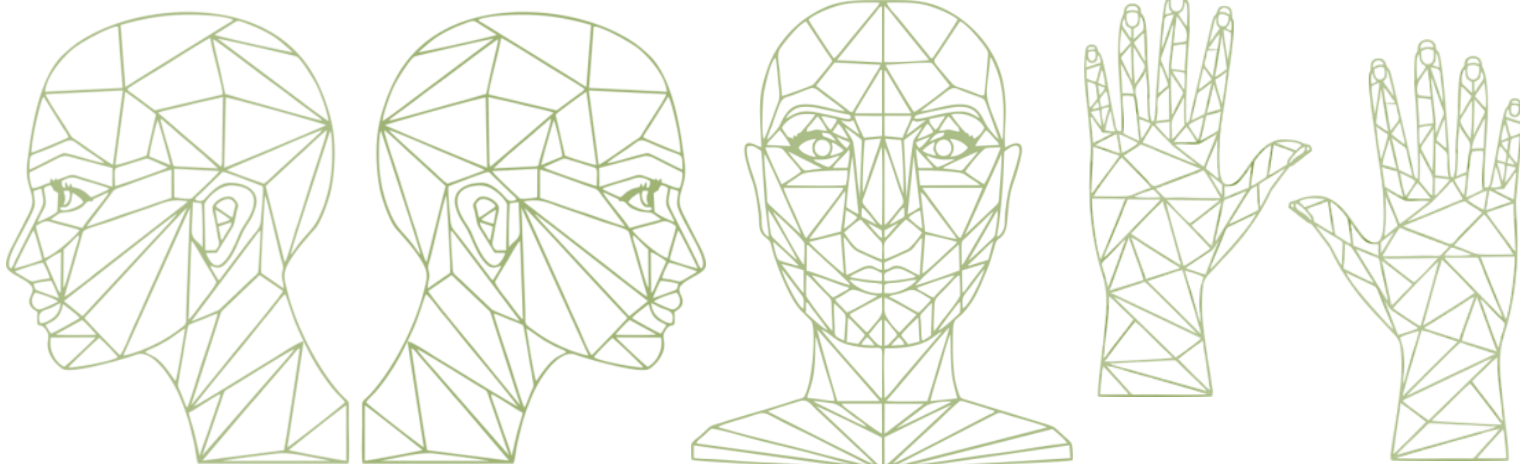
Осложнения: • После использования AesteFill V200 могут возникнуть в виде небольших гематом, отеков, покраснений и эритемы. Возникают они на 3-5 день и обычно самостоятельно исчезают в течение 1-2 недель, не требуют медицинского купирования. Гранулематозная реакция может возникнуть при наличии патологического агента. • Возникновения уплотнений в месте введения филлера. Уплотнения ткани не заметны внешне, но могут прощупываться. Данное проявление может возникнуть через 5-7 дней и проходит самостоятельно в течение 14-21 дней и не требует медицинского купирования. Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

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

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

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений потребуют лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения. Я подтверждаю, что мой лечащий врач выдал исчерпывающую информацию о ходе процедуры и о применяемом МИ для принятия мною обдуманного решения, а также предоставил достаточно времени и для обсуждения протокола процедуры. Мне предоставлена возможность задать врачу все интересующие меня вопросы касательно процедуры. Таким образом, я осознанно и ответственно даю свое согласие на проведение данной процедуры по введению медицинского изделия дермальный филлер для инъекционной коррекции морщин и восполнения объема AesteFill V200 моим лечащим врачом.

Номер партии МИ AesteFill V200: _____



Даю согласие на проведение до, во время и после лечения фото и видео-съемки и разрешаю врачу использовать данные материалы в научных целях

Даю согласие сбор, обработку и передачу персональных данных

Ф.И.О. Пациента _____
Подпись пациента: « _____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. врача _____
Подпись врача: « _____ » _____ 20 ____ г.