

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

ознакомлен с представленной информацией и даю согласие на проведение инъекций препарата Диспорт® для коррекции мимических морщин. Лечащим врачом мне были разъяснены показания и цели введения препарата.

- 1) Диспорт® вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица.
- 2) Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает максимума на 10-15 день.
- 3) Эффект после введения препарата сохраняется 3-6 месяцев. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.
- 4) После инъекции возможно возникновение временных обратимых побочных эффектов: отек глаза, сухость глаза (сухой кератоконъюнктивит), реакция в месте введения (включая боль, гематому, кожный зуд, парестезию, эритему, сыпь), слабость соседних к месту введения мышц, птоз век, астенопия (слабость зрения), парез мышц лица, расстройства зрения; головная боль; крапивница. Большинство побочных эффектов являются умеренными и преходящими.
- 5) В редких случаях наблюдается нечувствительность к действию препарата.
- 6) Противопоказаниями к процедуре являются: повышенная чувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции, обострение хронического заболевания, миастения, прием антибиотиков - аминогликозидов и/или тетрациклина, гемофилия.
- 7) Иные риски причинения вреда здоровью содержатся в инструкции по применению препарата.

### После проведения процедуры рекомендуется:

- Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов.
- Не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток.
- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Совершать активные движения мимическими мышцами на протяжении первых суток после инъекции.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Подписи:

Врач \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

**КОГДА ВАЖЕН РЕЗУЛЬТАТ**

**и длительность эффекта** 



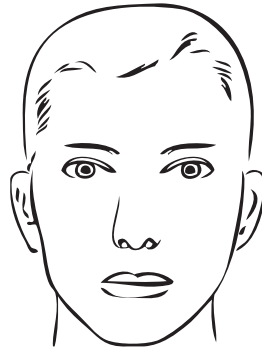
## ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Дата процедуры: \_\_\_\_\_

ФИО: \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_



Области коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

Номер регистрационного удостоверения: П № 011520/01

Общая доза введенного препарата Диспорт® \_\_\_\_\_

Серия препарата: \_\_\_\_\_

Срок годности: \_\_\_\_\_

Растворитель: \_\_\_\_\_

Объем растворителя: \_\_\_\_\_

## ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: \_\_\_\_\_

Дополнительное воздействие: \_\_\_\_\_

Комментарии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DYSAM111-2